

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
HOSPITAL DOCENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL  
"DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE".

*Escanear.*

Biblioteca Central "Salomón de la Selva"	
UNAN-Managua	
Fecha de Ingreso.	<u>3/10/16</u>
Comprado:	<u>Don x medicina</u>
Precio: C\$	U\$
Registro No.	<u>20386</u>



Trabajo de Investigación  
Para Optar al Título de Especialista en Psiquiatría.

**Factores asociados a Reacciones Extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero de 2014 a Noviembre de 2015.**

## Autor.

Dra. Violeta Margarita Cárdenas Calero.  
Médico Residente.

## Tutor Clínico:

Dr. Walter Díaz Neira.  
Especialista en Neurología.

## Tutor Metodológico:

Dra. Mariela Tenorio Rocha.

*MED  
ESP/PSIQUI  
378.242  
Cár  
2016*

Managua, 16 de Febrero de 2016.

## **Dedicatoria.**

A Dios

Por darme la oportunidad de existir.

A mi Madre

Por ser mi apoyo incondicional, por su esfuerzo durante mi formación como médica, por guiarme en mi vida, por transmitirme la inquietud del saber, compartir mis sueños, e inculcarme valores.

A mi esposo, Yesser

Por expresarme su amor y gratitud, su apoyo incondicional, por su comprensión generosa y su tolerancia infinita por mis aspiraciones intelectuales.

A mi Hijo Yesser David

Fuente de amor, quien le da sentido a mi vida.

A mis hermanas Milagros y Ángela

Por sus principios inflexibles, sus risas y consejos, y su incesante aliento en momentos de dificultad y triunfo.

## **Dedicatoria.**

A Dios

Por darme la oportunidad de existir.

A mi Madre

Por ser mi apoyo incondicional, por su esfuerzo durante mi formación como médica, por guiarme en mi vida, por transmitirme la inquietud del saber, compartir mis sueños, e inculcarme valores.

A mi esposo, Yesser

Por expresarme su amor y gratitud, su apoyo incondicional, por su comprensión generosa y su tolerancia infinita por mis aspiraciones intelectuales.

A mi Hijo Yesser David

Fuente de amor, quien le da sentido a mi vida.

A mis hermanas Milagros y Ángela

Por sus principios inflexibles, sus risas y consejos, y su incesante aliento en momentos de dificultad y triunfo.

## **Agradecimiento.**

Al Dr. Walter Díaz y maestros

Modelos de labor y sabiduría, por su desinteresada y valiosa labor de transmisión del saber, su inagotable entusiasmo y sus acertados consejos y sugerencias.

A mis compañeros de trabajo

Mi reconocimiento especial, sin su ayuda desinteresada no hubiera podido llevar a cabo mis aspiraciones.

A mis colaboradores

Con ustedes he podido explorar senderos, con gratitud y amistad comparto ahora nuestro hallazgo.




## Opinión del tutor.

El presente estudio monográfico: Factores asociados a Reacciones Extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de crónicos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero de 2014 a Noviembre de 2015, que fue realizado por la Dra. Violeta Cárdenas Calero para optar al título de Médico Psiquiatra, representa uno de varios intentos que se han planteado nuestros residentes en diferentes momentos del quehacer de nuestros Hospitales de docencia para promover el uso adecuado de los fármacos que utilizamos y que sabemos por la experiencia en otros países que han pasado por esto, que es necesario rendirles el tributo que se merecen por el bien prestado a nuestros pacientes pero que ha llegado la hora de decirles adiós.

Los resultados aquí planteados nos revelan que por mucho que tratemos de impedir las reacciones adversas de los antipsicóticos típicos es imposible detener ya que un porcentaje mayor del 60% los desarrollara en cuestión de tiempo, prácticamente en los primeros 3 a 5 años, y que no necesariamente son producto del envejecimiento ni de otras comorbilidades.

Por lo tanto debe preocuparnos el que sigamos igual hasta la fecha desde que se realizó el primer estudio sobre reacciones adversas de los antipsicóticos, espero que sepan tomar en consideración los resultados expuestos en este trabajo monográfico.

Es tiempo de empezar a decirle adiós a los antipsicóticos típicos.

  
Dr. Walter S. Díaz Neira  
Especialista en Neurología

NEUROLOGÍA

## **Resumen.**

El presente estudio se trata de Describir los Factores asociados a reacciones extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el periodo de Enero 2104 a Noviembre de 2015. Como objetivos me plateo Describir los factores asociados a Reacciones Extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el periodo de Enero de 2014 a Noviembre de 2015, así también mencionar las características socio-demográficas de la población objeto de estudio; identificar los antecedentes patológicos y no patológicos en los pacientes que usaron antipsicóticos y establecer las reacciones extrapiramidales en la población estudiada.

La elaboración del procedimiento metodológico se fundamentó en una investigación tipo descriptiva, corte transversal, en la población hospitalaria constituida por la totalidad del paciente que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia. Se establecieron criterios de exclusión e inclusión.

En el presente estudio se demuestra que el 68% de los pacientes sufren alteraciones del movimiento, el 100% de los pacientes ingresados usaron antipsicóticos, la mayoría ha estado expuesto al uso de más de un antipsicótico, las enfermedades medicas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes empeoran la presentica de reacciones extrapiramidales, A mayor edad mayor riesgo de sufrir reacciones extrapiramidales.

Es importante Utilizar adecuadamente los insumos médicos evitando la polifarmacia y así prevenir y evitar reacciones adversas de los psicofármacos, así como la interacción entre éstos con la medicación crónica de enfermedades médicas concomitantes así también implementar el uso de fármacos atípicos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## **Resumen.**

El presente estudio se trata de Describir los Factores asociados a reacciones extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el periodo de Enero 2104 a Noviembre de 2015. Como objetivos me plateo Describir los factores asociados a Reacciones Extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el periodo de Enero de 2014 a Noviembre de 2015, así también mencionar las características socio-demográficas de la población objeto de estudio; identificar los antecedentes patológicos y no patológicos en los pacientes que usaron antipsicóticos y establecer las reacciones extrapiramidales en la población estudiada.

La elaboración del procedimiento metodológico se fundamentó en una investigación tipo descriptiva, corte transversal, en la población hospitalaria constituida por la totalidad del paciente que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia. Se establecieron criterios de exclusión e inclusión.

En el presente estudio se demuestra que el 68% de los pacientes sufren alteraciones del movimiento, el 100% de los pacientes ingresados usaron antipsicóticos, la mayoría ha estado expuesto al uso de más de un antipsicótico, las enfermedades medicas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes empeoran la presentica de reacciones extrapiramidales, A mayor edad mayor riesgo de sufrir reacciones extrapiramidales.

Es importante Utilizar adecuadamente los insumos médicos evitando la polifarmacia y así prevenir y evitar reacciones adversas de los psicofármacos, así como la interacción entre éstos con la medicación crónica de enfermedades médicas concomitantes así también implementar el uso de fármacos atípicos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## Índice.

Introducción.....	Pág. 1
Antecedentes.....	Pág.3
Justificación.....	Pág.5
Planteamiento del problema.....	Pág.7
Objetivos.....	Pág.8
Marco Teórico.....	Pág.9
Material y Método.....	Pág.21
Resultado.....	Pág.28
Discusión de Resultados.....	Pág.32
Conclusiones.....	Pág.35
Recomendaciones.....	Pág.36
Bibliografía.....	Pág.37
Anexos.....	Pág.42



## I. Introducción.

Para la psiquiatría la década de 1950 se considera como la edad de oro por el nacimiento de los psicofármacos, porque permitió utilizar una herramienta más para el manejo de los trastornos psiquiátricos, cuya eficacia podría ser establecido por la aplicación del principio científico en constante expansión. (Cunningham Owens, 1999). La psicofarmacología surge como ciencia que ha evolucionado a lo largo de los últimos 50 años hasta convertirse en una disciplina médica, y su desarrollo en el tiempo ha estado íntimamente ligado a la historia de la medicina. (López-Muñoz, Álamo González, 2007).

Debido a los conocidos efectos extrapiramidales tan marcados de los neurolépticos clásicos y a la pobre respuesta sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia, dio paso a una nueva generación de antipsicóticos atípicos lo que provocó el reemplazo a nivel internacional y que además han mostrado eficacia en diversas patologías psiquiátricas. (Gómez Restrepo, Hernández, Rojas, 2008).

Los efectos adversos del sistema nervioso central de los antipsicóticos incluyen; tardía disquinesia, parkinsonismo, akatisia, distonía, síndrome neuroléptico maligno, sedación y otros síntomas cognitivos. (Arana George, 2000). En general se piensa que se debe a una hipersensibilidad del receptor dopaminérgico postsináptico.

Se presentan entre el 20 al 30% de los pacientes, aunque es más frecuentes en mujeres, en pacientes de edades extremas o con deterioro del SNC. (Gómez-Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, 2008; Pág. 565). Los pacientes ancianos, las mujeres y personas con diabetes parecen presentar un alto riesgo de desarrollar disquinesia tardía, la que puede ser irreversible y

puede interferir con la actividad normal diaria. La tasa de incidencia global se estima entre 32% después de 5 años de uso de neurolepticos hasta un 68% después de 25 años de exposición. (Glazer, Morgenstern y Doucette, 1995) La disquinesia tardía se puede presentar hasta en el 53% de los pacientes ancianos después de tres años de utilización de antipsicóticos convencionales.

La prevalencia de los trastornos del movimiento inducido por antipsicóticos en pacientes de tratamiento prolongado con antipsicóticos de primera generación es de 50 a 75% (Janno et., 2004; van Harten, 1998; van Harten et al., 1996b).

## II. Antecedentes.

La frecuencia de la distonía aguda en muestras de 3775 pacientes en Estados Unidos ha sido de 2.3% tratados con antipsicóticos. Estudios más recientes sugieren prevalencias más altas como; 31% (Addonizio & Singh 1990), 36% (Chakos 1992), 60% (Aguilar – 1994). (Cunningham Owens, 1998)

El parkinsonismo inducido por antipsicóticos o pseudoparkinsonismo fue descrito por primera vez en 1994. La descripción de este síndrome está constituida por bradiquinesia, rigidez y temblor. (Cunningham Owens, 1998). El síndrome es dosis dependiente y se observa entre el 20 al 40% de los pacientes. (Mathews, Gratz y cols 2005).

En estudios de los efectos adversos de los antipsicóticos de segunda generación señalan la aparición de reacciones extrapiramidales con el uso 20 de aripiprazol y risperidona principalmente con dependencia de la dosis. (Haddad Peter M, Sharma Sonu G. 2007) En otro estudio concluye que los antipsicóticos atípicos continúan teniendo notable riesgo de reacciones adversas extrapiramidales particularmente acatisia y la disquinesia tardía como temprana sintomatología. (Shirzadi Arshia, Ghaemi Nassir, 2006). Pero que se presenta en menor proporción que cuando se usan antipsicóticos convencionales (Glazer WM, 2000)

En países de Centroamérica no se encontraron datos sobre los efectos adversos, esto se establece como limitante por la falta de referencia para la comparación estadística por considerarse poblaciones con características similares.

En Nicaragua se ha empezado a implementar la farmacovigilancia y en especial en el Hospital Psicosocial desde el año pasado (2014) a través del llenado de una ficha que registra el psicofármaco específico y las posibles reacciones adversas que provoca, así como su resolución, esto permitirá a



nuestro país establecer datos epidemiológicos de referencia y de comparación con otros países. (MINSA, 2014)

En Nicaragua en 1998 se realizó un estudio en el Hospital Psicosocial sobre los trastornos extrapiramidales ocasionados por neurolepticos en el cual se estudiaron 313 pacientes encontrando reacciones extrapiramidales en un 16.9% del total de estos pacientes. Se concluyó que la distonía aguda posterior a uso de antipsicóticos se presentó en mujeres 18.9% en comparación a pacientes masculinos 9.7%, el parkinsonismo fue encontrado en el sexo femenino 3.8% en comparación al sexo masculino 3.4%. (Rocha Vanegas, 1998).

En 2002, sobre uso de antipsicóticos describe la presencia de reacciones adversas distribuidas de la siguiente manera; distonía (12.6%) principalmente. El fármaco más asociado a reacciones adversas fue el haloperidol intramuscular con 19 casos. (Ayerdis Zamora, 2002).

En el 2009 se evaluó las reacciones adversas medicamentosas de los Neurolepticos en Pacientes ingresados en los servicios de agudos y en la Unidad de Intervención en crisis, encontrando las siguientes; distonía (28.9%), sedación (26.7%) y Parkinsonismo (20%) de los pacientes. Además se establecieron por tiempo de latencia distonía 17.8%, hipotensión 15.6%, sedación 15.6% y parkinsonismo 8.9% presentes en los primeros 4 días de utilización de los antipsicóticos (Brenes Karla, 2009).

### **III. Justificación.**

El campo de la psiquiatría los fármacos son indicados en forma crónica y en la mayoría de los casos los neurolépticos se usan con mayor frecuencia que permite la remisión o atenuación de los síntomas relacionados directamente con la patología psiquiátrica. A pesar de los beneficios clínicos descritos en la literatura médica y en medicina basada en evidencia, es importante conocer las reacciones adversas que pueden presentar los pacientes mentales. Por lo tanto estos síntomas extrapiramidales inducidos por neurolépticos a menudo conducen a la falta de cumplimiento y en consecuencia más pobre resultado del tratamiento (Gerlach, 2002). Los síntomas extrapiramidales también pueden ocurrir con medicación neuroléptica atípica moderno (Tarsy et al, 2002). Los factores de riesgo incluyen la edad, el diagnóstico psiquiátrico, la psicopatología, y la dosis y la duración de la exposición a neurolépticos, pero ningún predictor clara ha sido identificado hasta el momento (Ayd, 1961; Swett, 1975; Nasrallah y otros, 1988; Berardi et al, 2000; Srinivasan et al, 2001). Más recientemente, se han sugerido factores genéticos que tienen un papel en la susceptibilidad a los síntomas extrapiramidales (Basile et al, 2002; Segman et al, 2002).

En Nicaragua en 2007 la tasa de incidencia de trastornos mentales fue de 2.5 por cada 5000 habitantes. Se desconoce la frecuencia del uso de antipsicóticos en las diferentes unidades de salud, tanto a nivel de atención primaria como en la cadena de hospitales públicos y privados. El hospital psicosocial de referencia nacional brinda la atención especializada y hoy en día la demanda de atención en salud mental está incrementando, lo que a su vez extiende la población con trastornos neuropsiquiátricos y por consiguiente el consumo crónico de psicofármacos. (Saldaña Ramírez, Meza Jarquín, Blandón Rodríguez, 2007)

El Hospital cuenta con normas y protocolos que incluyen la utilización de antipsicóticos para el manejo y tratamiento de diferentes entidades psiquiátricas. No obstante alberga una población de pacientes crónicos a quienes se les administra medicación de manera permanente entre ellos, los antipsicóticos. Se presume que el uso crónico de antipsicóticos en los pacientes de pabellones de larga estancia se asocia a una amplia gama de efectos adversos, pero se desconocen las características de dicha población así mismo como los factores que pueden condicionar la aparición de los mismo, como por ejemplo el tiempo de haber iniciado el tratamiento, debido a que no existen ningún estudio previo.

En Nicaragua se desconoce los datos epidemiológicos como la tasa de prevalencia de los efectos adversos de los antipsicóticos en pacientes crónicos. El estudio es de utilidad para abrir una brecha con el fin de realizar más estudios con el fin de acrecentar el nivel de conocimiento sobre la consecuencias a largo plazo del uso de antipsicóticos y al mismo tiempo servirá de referencia para promover la elaboración de un protocolo terapéutico que ayude a reducir la frecuencia de efectos adversos asociados al uso de antipsicóticos en la población psiquiátrica a nivel hospitalario y ambulante.



#### **IV. Planteamiento del problema.**

Los efectos adversos extrapiramidales crónicos son signos y síntomas que aparecen al cabo de meses y años de la administración de medicamentos antipsicóticos, no dependen tan claramente de la dosis y pueden persistir tras la retirada del medicamento. Más del 60% de los pacientes que reciben un tratamiento intensivo con antipsicótico de primera generación manifiestan algún tipo de efectos adversos extrapiramidales clínicamente significativos.

En el Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle cuenta con pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia y a quienes se le ha administrado antipsicóticos en el trayecto de su hospitalización, aunque de éstos persisten con la medicación para el manejo de la enfermedad psiquiátrica, sin embargo no está documentado la presencia de reacciones adversas que permita establecer datos estadísticos en nuestra población.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuáles son los factores asociados a reacciones extrapiramidales de los pacientes que ingresados en pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el periodo de Enero 2014 a Noviembre de 2015?

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, antecedentes patológicos y no patológicos y las reacciones adversas de los pacientes de la sala de larga estancia del Hospital J. D. F. V. de Enero 2014 a Noviembre de 2015?

## **V. Objetivos.**

### **General**

Describir los factores asociados a Reacciones Extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el periodo de Enero de 2014 a Noviembre de 2015.

### **Específicos**

1. Mencionar las características socio-demográficas de la población objeto de estudio
2. Identificar los antecedentes patológicos y no patológicos en los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del HJDFV.
3. Establecer las reacciones extrapiramidales en la población estudiada.

## **VI. Marco Teórico.**

El comienzo del estudio de estos efectos inicia con el desarrollo de las fenotiazinas, la clorpromazina, reconociendo sus efectos en estudios clínicos experimentales en Europa, Canadá y Estados Unidos. (Gardner, Teehan, 2010; Pág. 3). Los efectos adversos extrapiramidales son especialmente comunes en pacientes tratados con los antipsicóticos de primera generación. Las reacciones extrapiramidales pueden dividirse en agudas y crónicas. Los síntomas agudos (pseudoparkinsonismo, distonía y akatisia) pueden ocurrir en los primeros días o semanas de haber iniciado la terapia antipsicótica. Los síntomas crónicos son disquinesia tardía, akatisia crónica y distonía crónica, éstos pueden aparecer después de meses y años de medicación y no son dosis-dependiente y pueden persistir después de discontinuar la medicación. Más del 60% de los pacientes que reciben con antipsicóticos convencionales en el tratamiento de urgencias o inicial, desarrollando síntomas extrapiramidales significativos. (APA, 2006).

Los antipsicóticos típicos difieren de los antipsicóticos atípicos en su índice de antagonismo D2 sobre 5-HT<sub>2</sub>, considerablemente mayor. Pueden también ocupar los receptores de dopamina durante más tiempo. Los antipsicóticos clásicos siguen teniendo una serie de ventajas sobre los antipsicóticos atípicos. La mayoría de los antipsicóticos clásicos están disponibles en forma genérica a un coste menor que los fármacos más modernos. (Goodman y Gilman, 2008).

Los términos antipsicótico y neuroléptico se usan para designar un grupo de medicamentos que se han empleado ampliamente en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis asociadas o no a estados de agitación. (Gómez Restrepo, Hernández, Rojas, 2008). La rauwolfia fue el primer agente antipsicótico eficaz usado, sin embargo su relevancia clínica no fue tan perdurable como la clorpromacina. Al estudiar los derivados de la Rauwolfia se descubrió la reserpina que se introdujo a la psiquiatría a inicios de los 50,



mostrando eficacia en los trastornos maniaco-depresivos y en la esquizofrenia. Su uso se expandió lo que también permitió la profundización en el conocimiento de sus efectos adversos. En los primeros estudios con reserpina se citaban como efectos adversos más frecuentes la náusea, diarrea, y parkinsonismo entre otros. La presencia de efectos adversos motores de tipo extrapiramidal constituye una de las características más representativas de los denominados neurolepticos clásicos (butiferas, fenotiazinas, reserpina). En 1954 se estableció un paralelismo entre el síndrome extrapiramidal descrito con el uso de clorpromazina y reserpina. (López-Muñoz, Álamo González, 2007). El haloperidol es un antipsicótico que se asocia con mayor frecuencia estas reacciones adversas, pudiendo aparecer en más del 60% de los pacientes. Estos efectos están relacionados con el bloqueo de los receptores dopaminérgicos de la vía nigroestriales. (Stahl's, 2013).

En algunos pacientes, la ganancia de peso y sus complicaciones puede conferir al paciente en un riesgo a largo plazo todo esto asociado a la aparición de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus causando deterioro de la función renal lo que se asocia a aparición de reacciones adversas. Aun así, la ausencia relativa de Síndrome Extrapiramidal y la eficacia un tanto mejor en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia con los agentes atípicos han hecho de ellos los preferidos para el tratamiento a largo plazo de la psicosis. A pesar de las ventajas de los agentes atípicos, muchos pacientes con esquizofrenia siguen tomando antipsicóticos típicos, y continuarán durante algún tiempo. Aunque no hay evidencia de que un antipsicótico típico funcione mejor que un atípico, algunos pacientes evolucionan claramente mejor con un antipsicótico atípico. (Goodman y Gilman, 2008).

Al igual que para otras clases de agentes psicotrópicos, la elección de un antipsicótico clásico está más relacionada con el perfil de efectos



secundarios del fármaco que con otros factores. Los agentes de baja potencia como la clorpromazina tienen la ventaja de producir extrapiramidalismo menos graves pero más sedación, ganancia de peso e hipotensión postural que los agentes de alta potencia. Por otra parte, los antipsicóticos de alta potencia como el haloperidol y la flufenacina suelen preferirse a los agentes de baja potencia a pesar de su mayor tendencia a producir trastornos del movimiento. Los efectos antihistamínicos y anticolinérgicos de los agentes de baja potencia pueden complicar el funcionamiento diario de muchos pacientes. El arte de usar estos fármacos implica elegir el agente correcto y tratar después sus inevitables efectos secundarios. (Goodman y Gilman, 2008).

El haloperidol es un potente antipsicótico estructuralmente emparentado con el droperidol. Se utiliza en el tratamiento sintomático de los desórdenes psicóticos, en el control de los tics y otras alteraciones asociadas al síndrome de la Tourette y para el tratamiento de los desórdenes del comportamiento en los niños. El haloperidol puede ser eficaz en algunos casos de autismo infantil y se utiliza rutinariamente en la enfermedad de Huntington, con objeto de reducir los movimientos coreiformes propios de esta enfermedad. El haloperidol es tan efectivo como las fenotiazinas en la prevención de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia. En su forma de Decanoato inyectable de larga duración el haloperidol se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos. (loc. cit.)

**Mecanismo de acción:** el haloperidol bloquea los receptores dopaminérgicos  $D_2$  post-sinápticos en el sistema mesolímbico e incrementa la recirculación de la dopamina al bloquear los autoreceptores  $D_2$  somatodendríticos. A las 12 semanas de su uso se produce el bloqueo de la despolarización de los tractos dopaminérgicos. Se sabe que la reducción en la transmisión dopaminérgica está asociada a efectos antipsicóticos, y el bloqueo  $D_2$  es también el responsable de los potentes efectos

extrapiramidales observados con este fármaco y en este bloqueo en el área de los quimiorreceptores es igualmente responsable de los efectos antieméticos del haloperidol. (Guía Catalana de la Sociedad Terapéutica, 2009 y Goodman y Gilman, 2008).

**La Risperidona** es un agente antipsicótico, derivado benzoisoxazólico, emparentado estructuralmente con las butirofenonas. Es un antagonista altamente selectivo de los receptores de la serotonina (*5-hidroxitriptamina*, 5-HT) 5-HT<sub>2</sub> y los receptores de la dopamina D<sub>2</sub>.

**Mecanismo de acción:** Risperidona es un antagonista monoaminérgico selectivo con propiedades únicas. Posee una gran afinidad por los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub> y dopaminérgicos D<sub>2</sub>. La Risperidona se une también a los receptores adrenérgicos alfa<sub>1</sub>, y con menor afinidad, a los receptores histaminérgicos H<sub>1</sub> y adrenérgicos alfa<sub>2</sub>.

La Risperidona no posee afinidad por los receptores colinérgicos. A pesar que la risperidona es un potente antagonista D<sub>2</sub>, lo cual se considera que mejora los síntomas positivos de la esquizofrenia, produce menor depresión de la actividad motora e inducción de catalepsia que los neurolépticos clásicos. El balanceado antagonismo central serotoninérgico y dopaminérgico puede reducir la labilidad de efectos colaterales extrapiramidales y extender la actividad terapéutica hacia los síntomas negativos y afectivos de la esquizofrenia, incluso mejoran otras ya presentes en el paciente como es el caso de la Discinesia Tardía con el uso de la clozapina. (Goodman y Gilman, 2008; Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson 2010).

Este nuevo perfil es logrado al ejercer efecto sobre receptores diferentes a D<sub>2</sub> (D<sub>4</sub>, D<sub>1</sub>) así como el bloqueo de receptores noradrenergicos, relacionados con efectos farmacológicos específicos como la resocialización

y mejoría del estado de ánimo así como efectos adversos por ejemplo la hipotensión.

### ***Indicaciones de Antipsicóticos.***

Como ya se describió son inespecíficos para un diagnóstico, utilizables en el Manejo del síntoma Psicótico. En especial los llamados síntomas positivos (alucinaciones, delirios, agitación, etc.) que se encuentran en:

- ❖ Esquizofrenia
- ❖ Psicosis afectivas bipolares.
- ❖ Otras Psicosis( Psicosis Breve, Trastornos Paranoides)
- ❖ Síndrome Gilles de la Tourette.
- ❖ Trastornos Orgánicos con psicosis

En el caso de las psicosis agudas, las dosis se incrementan durante los primeros días para lograr el control de los síntomas usando a menudo la vía parenteral para pacientes agitados agudos obteniendo la respuesta habitualmente esperada en el lapso de 48-72 horas, ajustándose la dosis y combinando la vía según el estado del paciente. Sin embargo, la administración parenteral agresiva (mayor dosis o mayor frecuencia) no ha demostrado un aumento en la respuesta clínica, siendo a veces necesario el uso concordante de Benzodiacepinas por periodos cortos de tiempo para la agitación severa.

Después de un periodo de estabilización inicial, regímenes de una sola dosis al día, vía oral, pueden ser más seguros, efectivos, permitiendo cierto grado de selección del periodo en que se podrían esperar los efectos adversos, más comunes. Su uso en los trastornos de base orgánica, el manejo es similar, y dependerá de la causa del cuadro psicótico y respuesta clínica del paciente. En los cuadros afectivos asociados a psicosis, se ha tenido un éxito razonable, (aunque de forma crónica) con antipsicóticos. El uso de antipsicóticos en el Síndrome de Abstinencia Alcohólica es controversial, se ha sugerido el uso de Perfenazina por su efecto primordialmente sedante-



ansiolítico y no como antipsicótico, sin embargo se aprueba de una manera más decidida el uso de antipsicóticos más potentes en la Alucinosis Alcohólica. Debe recordar que para el caso del Haloperidol por variables farmacocinéticas, encontramos que la administración parenteral equivale a 5 veces más que la dosis oral (tableta) y 2 veces más que la dosis oral en gotas (Goodman y Gilman, 2008).

Para el uso de clozapina se ha propuesto un régimen específico y estricto de uso que va desde un inicio a dosis bajas con incrementos graduales hasta llegar a las dosis máximas para el fin buscado, como puede ser la resolución de la sintomatología afectiva bipolar o esquizofrénica. También deben realizarse rigurosos controles hematológicos semanales para la prevención de su efecto adverso más temido como la Agranulocitosis.

#### **Uso racional en Psicofarmacología.**

En Psiquiatría, el concepto de uso racional implica la certeza que los fármacos jamás deben emplearse como únicos instrumentos en el tratamiento de un individuo con un trastorno mental; raramente constituyen la totalidad de la respuesta de las necesidades del paciente, representa apenas un fragmento de esta, permitiéndole relacionarse más fácilmente consigo mismo, con la gente que lo rodea y con los agentes de salud que le atienden. No es sino de esta manera que se atenderá con calidad, al entender que sí la etiología es multifactorial, lo será su tratamiento. Prescribir determinado fármaco constituye un proceso mental que va desde realizar un adecuado diagnóstico, establecer una buena relación médico paciente hasta la vigilancia de los efectos en el paciente, ya sea terapéutico o no; haciendo una evaluación de la relación riesgo-beneficio, características propias del fármaco, ambiente del paciente, etc. (Goodman y Gilman, 2008)

Es de especial cuidado por las características de los fármacos utilizados y su ámbito de acción los siguientes aspectos: Sensibilidad especial del individuo

ha determinado fármaco. Efecto placebo de los fármacos. Conocer estrictamente las características clínicas de los productos utilizados. Esto incluye el tiempo mínimo y máximo de respuesta para este fármaco, dosis mínima y máxima, etc.

El uso de cualquier fármaco, perteneciente a uno de los tres grupos mencionados posteriormente, debe hacerse únicamente cuando existan condiciones diagnósticos, ambientales y de seguridad específicas, para ese fármaco o grupo farmacológico en especial utilizando siempre los principios de uso racional antes descritos.(Revista Médica Española, 2005).

### ***Reacciones adversas medicamentosas:***

Este es un aspecto que siempre debe ser tomado en cuenta para todos los grupos farmacológicos, que llevará a modificar por si solos la selección de determinado fármaco en determinado individuo. Los antipsicóticos en general son agentes muy seguros, con amplio rango terapéutico; con pocos informes de mortalidad por sobredosis, raros si el paciente recibe mínimos cuidados médicos y no se complican con el uso concomitante de alcohol u otros fármacos.

Las reacciones que describiremos serán expuestas en forma separada para los fármacos típicos y los atípicos que aunque compartan algunos efectos adversos como el Síndrome Neuroléptico maligno y a dosis elevadas y de largo plazo como la acatisia en el uso de risperidona. Básicamente los efectos adversos son extensiones de las acciones de estos fármacos sobre los diferentes sistemas. Los más importantes y dramáticos para el paciente son los que se ejercen sobre el Sistema Nervioso Central, Sistema Cardio-Vascular, Sistema Nervioso Autónomo y las funciones endocrinas. Otras más raras pero graves tenemos la Agranulocitosis y la Retinopatía Pigmentaria. A dosis terapéuticas podemos señalar que pueden producir debilidad, palpitaciones, obstrucción nasal, boca seca, constipación y retención urinaria.

El efecto Cardio-Vascular más importante es la hipotensión (Goodman y Gilman, 2008).

### **Síndrome extrapiramidal inducido por neurolépticos**

- Los neurolépticos y otros fármacos son capaces de producir síndrome extra piramidal.
- El síndrome extrapiramidal agrupa a las siguientes manifestaciones clínicas: parkinsonismo, acatisia, distonías agudas, disquinesias tardías y síndrome neuroléptico maligno.
- El trihexifenidilo constituye una opción terapéutica eficaz en el tratamiento del parkinsonismo, la acatisia asociada a parkinsonismo y las distonías agudas.
- Los antihistamínicos y/o las benzodiacepinas se recomiendan como primera elección en la profilaxis y el tratamiento de las distonías agudas.
- Los betabloqueadores y/o las benzodiacepinas tienen utilidad en la terapéutica de la acatisia.
- La profilaxis no debe ser rutinaria, se recomienda su uso en pacientes jóvenes con altas dosis de antipsicóticos potentes.

El principal interés del personal de salud y en especial del prescriptor es proporcionar a sus usuarios el mejor tratamiento posible; sin embargo, pese a todas las ventajas que ofrecen los medicamentos, cada vez hay más pruebas de que las reacciones adversas son una causa frecuente, aunque a menudo prevenible, de enfermedad, discapacidad o incluso muerte, hasta el punto de que en algunos países figuran entre las 10 causas principales de mortalidad. Por lo tanto, el personal de salud debe estar alerta a estas



reacciones adversas, sospecharlas, reconocerlas y reportarlas en cuanto las detecte. (Normativa 063,2011).

El personal de salud debe estar sensibilizado con la importancia de la farmacovigilancia, para qué sirve, los aportes que brinda tanto a la ciencia como a la población a la que se atiende y también debe de estar consciente y familiarizado con los pasos que debe seguir desde el momento en que sospecha una reacción adversa o evento adverso asociado a insumos médicos hasta que entrega el formulario de notificación de reacciones adversas al Comité de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM) local y luego al CURIM de su SILAIS correspondiente, quienes lo remiten directamente al Departamento de FV. (Normativa 063,2011).

### **Parkinsonismo inducido por neurolépticos**

Factores predisponentes: utilización de neurolépticos de alta potencia en altas dosis o aumento no gradual de las dosis, pacientes del sexo femenino y adulto mayor. Su aparición se produce en los primeros 10 a 30 días de iniciado el tratamiento con estos fármacos o de producir un incremento no gradual de la dosis (Rocha Vanegas, 1998)

#### **Tratamiento:**

1. Su aparición no requiere necesariamente la aplicación de una intervención farmacológica.
2. Evaluar la terapéutica antipsicótica indicada (valorar dosis, ritmo de incremento de la dosis) y cambiar a un agente menos potente si la situación clínica del paciente lo permite.
3. Añadir trihexifenidilo si el cuadro clínico es importante y las modificaciones del régimen antipsicótico no resuelven el mismo. Dosis inicial individualizada de 1 mg, aumentar según requerimientos y tolerancia del paciente o hasta



un rango máximo de 15 mg/d (1-5 mg 3v/d). Mantener el anticolinérgico durante 2 o 3 meses, de acuerdo al régimen antipsicótico prescrito.

4. Después de los 3 meses disminución gradual de la dosis del trihexifenidilo y valorar su posible retirada. La asociación de neuroléptico y anticolinérgico no se justifica a largo plazo; si se requiere se deberá hacer un seguimiento cuidadoso del paciente (Goodman y Gilman, 2008; Revista Médica española, 2005).

### **Acatisia aguda**

Afecta entre el 20 y el 40 % de los pacientes tratados con neurolépticos, y sólo alrededor del 20 % requiere una intervención farmacológica. Factores predisponentes: Pacientes en el inicio del tratamiento con fármacos antipsicóticos, aumento no gradual de la dosis, ancianos, terapéutica con neuroléptico potentes, dosis altas, y la administración por vía parenteral. Su aparición es generalmente del 3er al 5to día de inicio del tratamiento hasta el primer mes. (Goodman y Gilman, 2008).

#### **Tratamiento:**

1. Su aparición no requiere necesariamente la aplicación de una intervención farmacológica.
2. Evaluación del régimen del antipsicótico convencional (dosis, ritmo de incremento de la dosis, posibilidad de introducir uno de menor potencia).
3. Fármaco de primera elección: Propranolol a dosis de 10-20 mg 4v/d con dosis máxima de 120 mg/día (aun cuando no existen evidencia concluyentes).
4. Otras alternativas: Benzodiazepinas (5 -10 mg por vía oral) solas o asociadas a los betabloqueadores. Trihexifenidilo en parkinsonismo asociado a la acatisia en dosis individualizadas. (Goodman y Gilman, 2008;

Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson, México, 2010; Revista Médica española, 2005).

### **Distonías agudas**

Constituye una urgencia psiquiátrica Su inicio se produce al 4to o 5to día de tratamiento. Factores predisponentes: antipsicótico de alta potencia, altas dosis, vía intramuscular de administración, aumentos no graduales de la dosis, individuos con historia previa o familiar de distonía aguda, pacientes que inician tratamiento con antipsicóticos, adolescentes o adulto joven del sexo masculino

#### **Tratamiento:**

1. Evaluación de la pauta terapéutica de antipsicótico prescrita a cada paciente
2. Primer episodio de distonía aguda: Antihistamínicos como la difenhindramina, dosis 12.5-50 mg 3 v/d o 4 v/d, por vía oral o intramuscular, si el episodio es severo (laringoespasma, dificultad respiratoria) la dosis de difenhindramina debe ser de 25 – 50 mg, por vía intravenosa y luego continuar con igual pauta por vía oral o Benzodiacepinas como el diazepam a 5-10 mg vía oral o IV.
3. Segundo episodio de distonía aguda: Trihexifenidilo a dosis individualizadas, iniciando con 1 mg, aumentar según requerimientos y tolerancia del paciente o hasta un máximo de 15 mg/d (5 mg 3v/d), durante 7 días (lo que se justifica porque los antipsicóticos orales alcanzan su concentración pico a los 4 a 7 días de administrado).
4. Si episodio de intensidad moderada a grave puede ser utilizada 1 ampolleta de cafeína (1 ml) por vía IM y repetir si no se controla con la primera administración (Revista Médica Española).

### **Prevención del síndrome extrapiramidal inducido por neurolépticos:**

Los anticolinérgicos se utilizan como correctores de la sintomatología extrapiramidal, fundamentalmente distonias y algunos de los efectos parkinsonianos. Disminuyen la actividad del neurotransmisor acetilcolina. Se usan principalmente en pacientes jóvenes para controlar el temblor en reposo y la distonía. Los más utilizados son el biperideno en dosis inicial de 2 mg/día, aumentándola cada 5 días hasta 4-8 mg/día, y el trihexifenidilo en dosis inicial de 1-2 mg/día, aumentándola en 2 mg cada 5 días hasta 4-30 mg/día.)(Revista Médica Española, 2005)

Las acatisias al contrario parecen no mejorar con su administración, siendo las benzodiacepinas los fármacos de elección en esta indicación. (10). Sin embargo, existe controversia sobre la utilización sistemática de anticolinérgicos en tratamientos con neurolépticos. (5,8). Diversos estudios atribuyen a los anticolinérgicos un efecto sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Sus efectos adversos más frecuentes son los derivados de su mecanismo de acción: sequedad de boca, trastornos de la acomodación visual, cansancio, vértigo y aumento de la función cardíaca, así como efectos euforizantes, alucinaciones, desorientación y abuso en la población psiquiátrica (Revista Médica Española, 2005).

## VII .Material y método.

### 7. 1. Tipo de estudio.

**Descriptivo:** No se plantean hipótesis científicas previas, y únicamente se pretende describir la ocurrencia de las variables de interés en términos de tiempo, lugar y persona. No hay grupos de comparación, y todos los individuos proceden de la misma población fuente y población de estudio.

**Transversal:** Representa el corte en el tiempo, que se realizó la medición de las variables de interés, expresada en un período determinado.

### 7.2 Lugar de estudio.

El estudio se realizó en el Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle", en la sala de pabellones 2 y 5 que son de larga estancia intrahospitalaria.

### 7.3. Población.

El universo: Está constituido 137 que son todos los pacientes ingresados en el HJDFV, incluidas los servicios de observación, UIC, pabellones de agudo y pabellones de larga estancia.

Unidad de muestreo: Los pabellones de larga estancia del HJDFV

Tipo de muestreo:

- Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra:

- 66 pacientes.

### **Criterios de inclusión.**

Los pacientes sin importar el sexo, ingresados en el pabellón de larga estancia con uso previo, reciente y actual consumo de antipsicóticos, antes o



durante su hospitalización, y que presentes reacciones extrapiramidales al examen físico.

### **Criterios de exclusión**

Los pacientes sin importar el sexo, que no pertenezcan a los pabellones de larga estancia, que nunca hayan usado antipsicóticos y que no presenten ningún síntoma extrapiramidal a la exploración clínica.

### **7.4 Variables.**

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Trastorno Psiquiátrico
5. Estancia Intrahospitalaria
6. Psicofármacos
7. Intervalo de Dosis (antipsicóticos)
8. Vías de administración (antipsicóticos)
9. Tipo de efecto secundario (antipsicóticos)
10. Duración del Tratamiento (antipsicóticos)
11. Reacciones adversas (antipsicóticos)

## 7.5 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA
Objetivo No. 1		
Sexo	Características Biológicas que diferencian al hombre de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masculino.</li> <li>✓ Femenino</li> </ul>
Edad	Tiempo Cronológico medido en años desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-29 años</li> <li>• 30-39 años</li> <li>• 40-49 años</li> <li>• .Mayor de 50 años</li> </ul>
Procedencia	Lugar de origen del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano</li> <li>• Rural</li> </ul>
Estancia Intrahospitalaria	Número de años de hospitalización de cada paciente desde la fecha de su ingreso	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Menor de 10 años</li> <li>➤ 11 – 20 años</li> <li>➤ Mayor de 20 años</li> </ul>
Objetivo No. 2		
Trastorno Psiquiátrico	Diagnóstico fundamentado en el conjunto de signos y síntomas del estado mental de un paciente en un determinado momento, según clasificación del CIE10	<p>F0: Trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos</p> <p>F1: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas</p> <p>F2: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes</p> <p>F3: Trastornos del humor (afectivos)</p> <p>F4: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y Somatomorfos</p> <p>F5: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos</p> <p>F6: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto</p> <p>F7: Retraso Mental</p>

		F9: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo Habitual en la infancia y la adolescencia. F99: Trastorno mental sin especificación
<b>Objetivo No 3</b>		
Medicación crónica	Todo medicamento administrado de manera permanente o por largos periodos de tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hipolipemiantes</li> <li>➤ Hipoglicemiantes</li> <li>➤ Inhibidores de bomba de protones</li> <li>➤ Antihipertensivos, etc.</li> </ul>
Psicofármacos	Conjunto de fármacos agrupados por sus similitudes, estructura, función o efectos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Antipsicóticos Típicos</li> <li>❖ Antipsicóticos Atípicos</li> <li>❖ Benzodíacepinas</li> <li>❖ Anticolinérgicos</li> </ul>
Dosis	Cantidad determinada de un fármaco administrado para alcanzar un efecto terapéutico	<p>Miligramos</p> <p>Gramos</p>
Intervalo de dosis	Tiempo transcurrido entre la Administración de una dosis y otra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Horas</li> <li>✓ Días</li> <li>✓ Semanas</li> </ul>
Vía de administración	Es la forma ideal que se elige para hacer llegar ese fármaco hasta su punto final de destino: la diana celular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oral</li> <li>○ Intramuscular</li> <li>○ Intravenosa</li> </ul>
Duración del tratamiento	Número de años que un paciente recibe un fármaco para un problema determinado	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Menor 1 año</li> <li>➤ 1-5 años</li> <li>➤ Mayor 5 años</li> </ul>
<b>Objetivo No 3 y 4</b>		
<b>Tipo de Efectos Secundarios Encontrados</b>	Es cualquier respuesta a los antipsicóticos que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para el tratamiento de enfermedades mentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Temblor</li> <li>○ Hipocinesia</li> <li>○ Rigidez</li> <li>○ Acatisia</li> <li>○ Parkinsonismo</li> <li>○ Diskinesia tardía</li> </ul>



## **7.6 Técnica y Procedimiento.**

### **7.6.1 Fuente de información.**

La fuente fue primaria al momento de la exploración clínica de los pacientes incluidos en el estudio, y también fue secundaria por la revisión exhaustiva de los expedientes clínicos de todos los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia que hayan utilizado antipsicóticos en algún momento de su vida.

### **7.6.2 Técnica de recolección de la información.**

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información que contiene datos generales de la población, los antecedentes personales patológicos, descripción de fármacos utilizados, según tipo, dosis, vía de administración, duración del tratamiento

Se realizará AIMS que es un test hecho y validado en 1970, que mide los movimientos involuntarios faciales, ambos miembros, el tronco y sirve para identificar los síntomas de discinesia tardía.

### **7.6.3 Plan de Tabulación y Análisis Estadísticos de los Datos.**

A partir de los datos que se recolectaron, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizó un análisis descriptivo correspondiente a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: (a) El análisis de frecuencia, (b) las estadísticas descriptivas según cada caso. Además, se realizaron

gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permiten describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano, (c) gráfico de cajas y bigotes, que describan en forma clara y sintética, la respuesta de variables numéricas, discretas o continuas.

### **7.7 Análisis de Contingencia**

1. Edad/Consumo de Psicofármacos
2. Edad/Psicofármaco específico
3. Edad/Reacción Adversa
4. Fármaco/Reacción Adversas
5. Dosificación/Patología
6. Número de Fármacos/reacción Adversa
7. Patología/Reacción Adversa
8. Reacción Adversa /Vía de administración
9. Reacción Adversa/Dosificación
10. Reacción Adversa/Psicofármaco
11. Tratamiento inicial/Vía de administración
12. Tratamiento Parenteral/Tiempo de duración

### **Aspectos éticos**

Toda la información obtenida procede de aquellos sujetos que cumplieron los objetivos del estudio y bajo la autorización de la institución correspondiente. Asimismo toda la información recogida fue de uso para la investigación y la única persona que tuvo acceso a esta es el propio investigador.

## VII. Resultados.

A continuación se ofrece una interpretación de los resultados en donde se incluyeron a 63 pacientes ingresados en los pabellones de larga del Hospital de Atención Psicosocial, y quienes cumplieron los criterios de elegibilidad. Se obtuvieron los datos a través del expediente clínico y la evaluación clínica a través de una ficha de recolección junto con el AIMS para disquinesia tardía.

Los datos se procesaron mediante el programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows v. 17.0.

Dentro de las características sociodemográficas de la población estudiada se determinaron los siguientes hallazgos

El promedio de edad de la muestra fue de 51 años (rango 28 a 88 años). La mediana estimada fue de 50, y la moda fue de 55, con una desviación estándar de 13.14 y un error estándar de 0.638. La edad máxima observada fue de 88 años y la mínima registrada fue de 28 años en la población estudiada.

De igual manera para el análisis de dispersión en la estancia intrahospitalaria (EIH) de la muestra estudiada se estimó la media (promedio) de la muestra fue de 12 años. La mediana estimada fue de 10 años, la moda calculada fue 7 años, y con una desviación estándar de 8.65. La estancia hospitalaria máxima observada fue de 40 años y la mínima registrada fue de 2 años en la población estudiada.

Según el género de la muestra se observó que 55.55% correspondía al sexo masculino y el femenino estaba representado en un 44.44 %. En el grupo pacientes masculinos predominaron las edades mayores de 66 años con 26.98 y en las mujeres fue de 28.57%. De acuerdo a la procedencia urbana estimada en 69.84, de ésta el 22.22% se encontraban entre los 28 y 45 años,



el 31.74% entre 46 a 65 años y el 18.87% por arriba de los 66 años. El 30.16 % pertenecían a la rural y dentro de esta el grupo etario que más predominó fue de 12.69 entre los 46 a 65 años. Según la procedencia departamental el 47.62 eran originarios de Managua principalmente.

En relación a los antecedentes patológicos personales (APP) se encontró el sexo masculino prevaleció con 47.61% y las mujeres presentaron 31.74%. De este grupo el 82.53 de los pacientes de ambos pabellones se administran medicación crónica. Se detallan las patologías más frecuentes encontradas; Hipertensión arterial (23.8%) Obesidad (15.87 %), diabetes mellitus (12.69), EPOC (4.76), otras enfermedades como gastritis, osteoartritis, asma bronquial se presentaron en un 20.63% y solamente el 17.46 % no presentaron ninguna condición médica relevante.

Dentro de los trastornos psiquiátricos según CIE-10 se hallaron los siguientes en orden de frecuencia; Retardo Mental (28.57%), trastorno orgánico de la personalidad (18.57%), esquizofrenia residual (14.28%), trastorno de personalidad y comportamiento debido a enfermedad neuronal, daños y disfunción (12.69%), el diagnóstico de Alzheimer y el trastorno esquizofrénico orgánico se presentó en igual porcentaje en un 9.52%, el trastorno afectivo orgánico (6.52%)

De los pacientes que diagnóstico Alzheimer el 7.96% era del sexo femenino y de procedencia urbana en un 6.34%. En la esquizofrenia residual se constató que el 9.52% eran del sexo masculino con un 7.93% procedente del área urbana. Se encontró que los pacientes con diagnóstico con Retardo mental fueron las mujeres y en su mayoría eran del área urbana en un 20.63%. El trastorno afectivo orgánico se observó con predominio en las mujeres y del área rural en un 4.76%. El trastorno de personalidad y comportamiento debido a enfermedades fue más frecuente en masculinos (9.52%) y el 11.11% fueron urbanos. El trastorno esquizofreniforme orgánico y el trastorno

orgánico de la personalidad prevalecieron en los hombres con un 6.34 y 11.11% respectivamente.

Se determinó que el 100% de pacientes habían utilizado antipsicóticos en algún momento de su vida durante su hospitalización en los pabellones de larga estancia y en este momento solamente el 15.87% se encuentra sin la administración de estos psicofármacos. Además se constató el uso de otros fármacos en un grupo considerable de la muestra, siendo los antipsicóticos con el uso más frecuente con un 84.12%, seguido de benzodiazepinas (79.36%) y anticomiciales (44.44%), principalmente. Los antipsicóticos más utilizados en orden de frecuencia fueron; Haloperidol (36.5%), clorpromazina (19.04%), risperidona (17.46%), olanzapina (6.34%) y Decanoato de flufenazina (6.74). De acuerdo con el intervalo de dosificación predominante fue una vez al día con todos los antipsicóticos. Se observó la utilización de más de un tipo de antipsicótico en más del 90% de la muestra, de este grupo el 71% utilizaron más de 3 antipsicóticos diferentes, en el transcurso de la hospitalización. La duración de tratamiento superaba los 10 años, superando el uso de unos con otros por motivos que pudieran suponerse por la presencia de reacciones adversas acentuadas y la disponibilidad de los mismos en la institución.

Según las reacciones adversas, éstas se observaron en un 68.26% de la población estudiada, estando ausentes en 31.74%. De las reacciones adversas fueron; disquinesia tardía (28.57%), parkinsonismo (23.8%), acatisia (14.28%) y distonía aguda (1.58%). La acatisia se observó con mayor frecuencia en el sexo masculino (9.52%) que el femenino (4.76%) y en área urbana con 11.11%. La distonía aguda se presentó en el sexo masculino (1.58%), La disquinesia tardía se presentó en igual porcentaje en hombre y mujeres (14.28%), prevaleciendo el área urbana. En último lugar tenemos el parkinsonismo que fue ligeramente más frecuente en el sexo masculino con un 12.69% y en las mujeres 11.11%, y de igual manera se

observó significativamente en el área urbana (17.46%). En cuanto a la asociación de reacciones adversas según antipsicóticos el haloperidol se asoció con mayor frecuencia a todas las reacciones extrapiramidales reportadas, seguida de la clorpromacina, flufenazina y risperidona especialmente.



## IX. Discusión.

La prevalencia de reacciones extrapiramidales en pacientes de tratamiento prolongado con antipsicóticos en estudios (Janno et., 2004; van Harten, 1998; van Harten et al., 1996b) previamente mencionados abarcan tasas de 50 a 75%, que contrasta con el 68.26% que se observó en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia de esta unidad.

Casi la mitad de los pacientes son procedentes de Managua, con un porcentaje de 47.52% seguido de zonas del norte de Nicaragua como Matagalpa 11.11% y Estelí 6.35%.

Se observó un predominio de reacciones extrapiramidales en los pacientes procedentes de áreas urbanas que puede corresponder con el predominio de la misma en los pacientes. Además se puede suponer que los pacientes de áreas rurales previo a su internamiento permanente tuvieron poco control sobre el control de tratamiento como el pobre apego a la psicofarmacoterapia por ser de regiones de difícil acceso o situaciones económicas precarias que no permitían la asistencia a la unidad de salud.

Se encontró que los pacientes de sexo Masculino con el grupo de edad mayor de 66 años en un 27% s fue el grupo que más está relacionado con reacciones extrapiramidales, lo que no se correlaciona con estudios previos realizados ya que según literatura el sexo femenino está más asociado a presentar reacciones extrapiramidales. Lo que nos determina que entre mayor edad hay mayor riesgo de presentar reacciones extrapiramidales.

La mayoría de los pacientes 47,6% hombres y 20% mujeres sufren patologías medicas crónicas entre las que se destacan la Hipertensión Arterial Crónica 23,8% seguido de la Diabetes Mellitus 20.63% presentan reacciones extrapiramidales lo que incrementa la polifarmacia, así también el



riesgo de interacciones medicamentosas, que puede conllevar a incrementar dosis de antipsicóticos lo que exacerba la alteración de movimiento.

Entre las patologías psiquiátricas según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 los principales diagnósticos por los cuales se utilizan antipsicóticos son los Retardos Mentales 7% hombres y 11% mujeres y los Trastornos Orgánicos de la Personalidad 7% hombres y 3% en mujeres, seguido de Esquizofrenia hombres 6% y mujeres 3% que se correlaciona con la literatura internacional donde la principal causa de prescripción de antipsicóticos es debida a psicosis y a alteraciones conductuales propias de estas patologías. En dicha investigación no se encontraron los trastornos afectivos como causa importante de uso de antipsicóticos.

Los fármacos más prescritos para administrarse en más de una ocasión al día fueron el Haloperidol y la clorpromazina ambos con el 4.76%.

Se determinó que el 80 % de la población presentaron reacciones adversas durante los primeros 5 años y después de 6 años de ingesta fue el 100% de pacientes los que tuvieron efectos adversos, es decir que la ingesta crónica conlleva a efectos adversos, lo que se justifica por el tipo de antipsicótico utilizado con mayor frecuencia, los de primera generación, que está directamente relacionado con los insumos que brinda el Ministerio de Salud.

El uso de antipsicóticos y la utilización de dos o más aumenta el riesgo de reacciones adversas extrapiramidales.

El haloperidol fue el único fármaco relacionado a distonías agudas, sin embargo fue relacionado con mayores porcentajes de Acatisia en el 66.6%, disquinesia tardía 44.44% y parkinsonismo 46.66%, lo que estrechamente coincide con estudios internacionales. No obstante se demuestra en esta investigación la incidencia de Disquinesia tardía atribuida a uso de Risperidona en un 22,22%, de acatisia en un 11,1% y de parkinsonismo en

un 20%, hallazgo muy significativo ya que desde el punto de vista de seguridad podríamos demostrar que aunque sea un antipsicótico atípico no está excepto de Reacciones Extrapiramidales, lo que coincide también con estudios internacionales que consideran a la Risperidona como el antipsicótico atípico más típico en ocasionar reacciones extrapiramidales, caso contrario a la olanzapina que aunque es poco usado por su costo económico causa extrapiramidalismo, en esta investigación se relaciona con el 5.5% de ser la causante de disquinesia tardía.

## **X. Conclusiones.**

1. El 100% de los pacientes que se encuentran ingresados usaron antipsicóticos durante el transcurso de su hospitalización.
2. La mayoría se ha expuesto a más de un antipsicótico.
3. De la muestra estudiada el 68% de los pacientes sufre de alteraciones del movimiento.
4. El 100% de los pacientes ha estado en tratamiento antipsicótico por largos períodos de tiempo.
5. El deterioro secundario a la edad, a mayor edad mayor riesgo de sufrir reacciones extrapiramidales y la enfermedad médica como Diabetes e Hipertensión arterial empeora la presencia de las reacciones extrapiramidales.

## **XI. .Recomendaciones.**

1. Utilizar adecuadamente los insumos médicos evitando la polifarmacia y así prevenir y evitar reacciones adversas de los psicofármacos, así como la interacción entre éstos con la medicación crónica de enfermedades médicas concomitantes.
2. Asegurar la implementación rigurosa y adecuada de los mecanismos de control de calidad de atención, y continuar la supervisión contempladas en el reglamento del Expediente Clínico y por el comité del Comité de Uso Racional de Insumos Médicos.
3. Implementar el uso de fármacos atípicos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
4. El mejoramiento de los insumos de la farmacia para el manejo de alteraciones mentales que requieran uso de psicofármacos, debido a que el tratamiento prolongado con antipsicóticos en especial los típicos conlleva a presencia de reacciones adversas extrapiramidales demostrado en el estudio observando que en el 80% de la población presentaron reacciones adversas después de 5 años de consumo y que a los 6 año el 100%.



## XII. Bibliografía.

1. American Psychiatric Association (APA) Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: American Psychiatric Pub – 2006 Pages 1600 (Pág. 648).
2. Arana George W., M.D; An Overview of Side Effects Caused by Typical Antipsychotics, *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 61 (Pág. 4 – 7).
3. Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., & Terol-García, E. (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194-200.
4. Ayerdis Zamora José: "Uso De Antipsicóticos En Hospital Psiquiátrico Nacional. Julio- Agosto 2001. ", Monografía MINSA Nicaragua, 2002.
5. Bermejo Pareja F., Porta-Etessam J., Díaz Guzmán J., Martínez-Marín P., Más de Cien Escalas en Neurología, Serie de Manuales, Biblioteca Ed. Aula Médica, 2da Edición, 2008; 402 Páginas (Pág. 225 – 237).
6. Brenes Alvarado Karla: "Reacciones Adversas Medicamentosas de los Neurolépticos en Pacientes ingresados en los Servicios de Agudos y en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Flete Valle en el periodo de enero a marzo del 2008"., Monografía MINSA, Nicaragua, febrero 2009.
7. Brotchie Jonathan, Minagar Alireza, Pathophysiology, Pharmacology and Biochemistry of Dyskinesia, Academic Press, 2011 Medical 641 pages. (Pág. 189).

8. Chee H. Ng., Keh-Ming Lin, Bruce S. Singh, Edmond Y. K. Chiu, Ethno-psychopharmacology; Advces in Current Practice , Cambridge University Press, The British Journal of Psychiatry Mar 2010, 196 (3) 250; DOI: 10.1192/bjp.bp.100.077438 (Pág. 108)
9. Cunningham Owens, A guide to the extrapyramidal Side Effects of Antipsychotic Drugs, Cambrigde university Press, Medical, 1999 – Pág 351.
10. ESPAÑA. Fundación de la Sociedad Catalana de Neurología: Guía Terapéutica de la Sociedad Catalana de Neurología. 2009. (se).
11. Gardner David M., Teehan Michael D, Antipsychotic and their Side Effects, Cambridge University Press, 2010 (Pág. 3).
12. **Gerlach, J.** (2002) Improving outcome in schizophrenia: the potential importance of EPS and neuroleptic dysphoria. *Annals of Clinical Psychiatry*, **14**, 47-57.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12046640?access\\_num=12046640&link\\_type=MED&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12046640?access_num=12046640&link_type=MED&dopt=Abstract)
13. Glazer WM, Extrapyramidal side effects, tardive dyskinesia, and the concept of atypicality, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, Boston, USA, Journal of Clinical Psychiatry 2000, 61 Suppl 3:16 – 21.
14. Glazer WM, Morgellson 1-1, Dnuccile JT. Predicting the long-term risk of tardive dyskinesia in outpatients maintained on neuroleptic medications, J Clin Psychiatric 1993; 54:133-139.
15. Goodman y Gilman: Bases de la Terapéutica Farmacológica. Fármacos y Tratamiento para los Trastornos Psiquiátricos, 16 Ed. 2008. 423-446p.
16. GUIA PARA LA PRÁCTICA CLINICA: Enfermedad de Parkinson y Síndrome Extrapiramidal inducido por neurolépticos. Chile, Boletín No. 17 Septiembre 2003. 1608-7518p.

17. Haddad Peter, Sharma Sonu G. Adverse Effects of Atypical Antipsychotics CNS Drgus, 2007, Volumen 21, Number 11, Page 911.
18. Hernández Sampieri Roberto, y col.: Metodología de la Investigación, 4ta. Ed. Editorial Mc Graw Hill, México 2006.
19. Inclán Aramendi et. al.: Problemas relacionados con medicamentos en pacientes hospitalizados en el Hospital Vilardebo. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 75 N° 2 Diciembre 2011. 123 p.
20. Jain. K. K. Drug-Induced Neurological Disorders, Hogrefe Publishing, 2011 – Pages 462 (Pág. 167).
21. Leiva LM, Laverde LA, Reacciones Adversas Asociadas al Uso de Antipsicóticos en la Unidad de Salud del Hospital Universitario de Neiva, Revista Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana Vol. 4 Núm. 2 2012  
<http://www.journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/575/729>.
22. López-Muñoz, Álamo González, Historia de la psicofarmacología, Vol. 2; Ed. Médica Panamericana, 2007, 1195 páginas. (Página 599 – 625).
23. Mathews, M., Gratz, S., Adetunji, B., George, V., Mathews, M., & Basil, B. (2005). Antipsychotic-Induced Movement Disorders: Evaluation and Treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(3), 36–41.
24. MEXICO. Ministerio de Salud. Secretaria de Salud: Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en el tercer nivel de atención. Copyright, 2010.
25. NICARAGUA. Ministerio de Salud: "NORMA Y GUÍA PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A INSUMOS MÉDICOS". Normativa 063. Managua, Enero 2011.



26. Piura López. Julio: Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 7ma. Ed. Managua, Nicaragua. 2012.
27. Revista Médica Española: Incidencia de Efectos Extrapiramidales en Pacientes con Esquizofrenia tratados con Haloperidol solo o asociado a Biperideno. 2005; 19 (4): 225-228p.
28. Rocha Vanegas, Marvin: "Trastornos extrapiramidales ocasionados por Neurolépticos en el Hospital Docentes Psicosocial de junio a Septiembre de 1997. Managua. Monografía MINSA, Nicaragua, 1998.
29. Russel F. Lim Clinical Manual of Culture Psychiatric, American Psychiatric Pub, 2015 Páginas 630 (Pág. 442).
30. Saldaña Ramírez AN, Meza Jarquín CM, Blandón Rodríguez AJ, Proyecto Hospital Psiquiátrico del Norte, 2007 Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – CURMAT.
31. Shirzadi Arshia, Ghaemi Nassir, and Side Effets of Atypical Antipsychotics: Extrapramidal Symons and the Metabolic Syndrome, Harvard Review of Psychiatry, Volume 14, Issue 3, 2006, Published May – 2015 Pages 152 – 164. DOI: 10.1080/10673220600748486.
32. Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications (4th edition). Stephen M Stahl. 2013, Cambridge University Press, 626 Páginas. (Capítulo No. 5, pág. 129 – 236).
33. Tarsy, D., Baldessarini, R. J. & Tarazi, F. I. (2002) Effects of newer antipsychotics on extrapyramidal function. *CNS Drugs*, 16, 23 -45. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11772117?access\\_num=11772117&link\\_type=MED&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11772117?access_num=11772117&link_type=MED&dopt=Abstract).
34. Vasilyeva I, Biscontri RG, Enns MW, Metge CJ, Alessi-Severini S (2013) Movement Disorders in Elderly Users of Risperidone and First Generation Antipsychotic Agents: A Canadian Population-



Based Study. Plops ONE 8(5): e64217.  
doi:10.1371/journal.pone.0064217<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0064217#abstract0>.

35. Vila Clérigues, y Cols.: Incidencia de efectos extrapiramidales en pacientes Con esquizofrenia tratados con haloperidol solo o asociado a biperideno. España. 1995. 225-228p. (s.e.).
36. WHO, Schizophrenia and public health, 1999  
[www.who.int/mental\\_health/media/en/55.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf).
37. Woerner MG, Alvir JMJ, Saltz BL, et al. Prospective study of tardive dyskinesia in the elderly; rates and risk factors Am J Psychiatric 1998; 154: 1521 – 1528.

### XIII. ANEXOS.

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN – MANAGUA

#### Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”

Factores asociados a Reacciones Extrapiramidales en los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el período de Enero de 2014 a Noviembre de 2015.

#### 1. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
Expediente \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ (años) Procedencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Urbano: \_\_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_\_ Tiempo de estancia: \_\_\_\_\_ (Años)  
Pabellón: \_\_\_\_\_  
Fecha de Elaboración: \_\_\_\_\_

#### 2. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades	Si/No	Consumo de Medicamentos	Si/No
Hipertensión		Medicación crónica	
Asma Bronquial		Especificar	
Diabetes Mellitus			
Obesidad			
EPOC			

Diagnóstico del Paciente según CIE10: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso al pabellón de Crónicos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 3. TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO

Antipsicótico	Dosis	Intervalo de dosis	Vía de Administración	Duración del tratamiento

#### 4. CARACTERÍSTICAS DE LAS REACCIONES ADVERSAS

- Acatisia: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
- Parkinsonismo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

- a. Temblor
- b. Bradicinesia
- c. Rigidez

# ABNORMAL INVOLUNTARY MOVEMENTS SCALE (AIMES)

## ABNORMAL INVOLUNTARY MOVEMENTS SCALE (AIMES) PARA DISCINESIA TARDÍA

	Evalua ción (0-4)	Evalua ción (0-4)	Evalua ción (0-4)
<b>Movimientos faciales y orales</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Músculos de la expresión facial (por ejemplo movimientos de la frente, cejas, área peri orbitaria, mejillas, fruncir el entrecejo, sonreír o gesticular)</li> <li>Labios y región peri oral (por ejemplo fruncir o protruir los labios, hinchar los carrillos, chupetear)</li> <li>Mandíbula (por ejemplo, morder, apretar la mandíbula, abrir la boca, movimientos laterales)</li> <li>Lengua (puntuar solamente un aumento de los movimientos, tanto con la lengua fuera como dentro de la boca)</li> </ol>			
<b>Movimientos de las extremidades</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Miembros superiores (brazos, muñecas, manos, dedos) No incluir temblor</li> <li>Miembros inferiores (muslos, rodillas, rodillas, dedos de los pies) No incluir acatisia</li> </ol>			
<b>Movimiento del tronco</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuello, hombros, caderas ((por ejemplo balanceo, torsión, giros de la pelvis)</li> </ol>			
<b>Valoración global</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gravedad de los movimientos involuntarios</li> <li>Incapacidad debido a los movimientos involuntarios</li> <li>Conciencia por parte del enfermo de la presencia de los movimientos involuntarios</li> </ol>			
<b>Estado dental</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Problemas dentales o con la dentadura postiza (0 = no; 1 = sí)</li> </ol>			



12. ¿Usa habitualmente dentadura postiza? (0 = no; 1 = sí)			
--	--	--	--

### Método de valoración

Completar el examen antes de hacer ninguna valoración. Valorar la intensidad más alta observada a lo largo del examen. Si esta valoración se obtiene mientras el enfermo está siendo activado, debe dársele un punto menos que si ha sido observado en reposo.

Código de valoración

(Apartados: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 9)

Ninguno, normal.....	0
Mínimo, podrían ser movimientos normales exagerados.....	1
Leves.....	2
Moderados.....	3
Graves.....	4

(Apartado 10)

No tiene conciencia de ellos.....	0
Tiene conciencia de ellos, pero no le importa.....	1
Tiene conciencia de ellos. Leve perturbación.....	2
Tiene conciencia de ellos. Moderada perturbación.....	3
Tiene conciencia de ellos. Fuerte perturbación.....	4

## ANEXO No. 2

Tabla No. 1. Estadígrafos descriptivos correspondientes a la edad, estancia intrahospitalaria cumplida al momento de la entrevista de los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero de 2014 a Noviembre de 2015.

Estadígrafo	Edad	Estancia Intrahospitalaria
<b>Promedio</b>	51.63	12.35
<b>Mediana</b>	50	10
<b>Moda</b>	55	7
<b>Máximo</b>	88	40
<b>Mínimo</b>	28	2
<b>Desviación estándar</b>	13.14	8.655

Fuente: Ficha de Recolección (Expediente clínico)

Tabla No.2. Distribución departamental de los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el periodo de Enero de 2014 a Noviembre de 2015.

### **Distribución de la Procedencia por Departamentos**

Departamentos	Frecuencia	%
<i>Boaco</i>	1	1.59
<i>Chinandega</i>	3	4.76
<i>Chontales</i>	3	4.76
<i>Estelí</i>	5	6.35
<i>Granada</i>	4	6.35
<i>Jinotepe</i>	4	6.35
<i>Managua</i>	30	47.62
<i>Masaya</i>	1	1.59
<i>Matagalpa</i>	7	11.11
<i>Rivas</i>	4	6.35
<i>Otros</i>	1	1.59
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de Recolección (Expediente Clínico)

Tabla No.3.Características Generales de los pacientes que usaron antipsicóticos en los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero de 2014 a Noviembre de 2015.

Variable		Total n:63	
		N	%
Características Generales	28 a 45a	12	19.04
	46 a 65a	16	25.39
	≥66a	35	55.55
	Femenino	28	44.44
	Masculino	35	55.55
	Urbano	44	69.84
	Rural	19	30.16
	APP		
	Negado	13	20.63
	HTA	15	23.80
	Diabetes Mellitus	8	12.69
	Obesidad	10	15.87
	EPOC	3	4.76
	Medicación Crónica	52	82.53
	Otros	15	20.63
	Antipsicóticos		
	Típicos	38	63.49
	Atípicos	15	23.80
	Negados	10	15.87
	Reacciones Adversas		
	Acatisia	9	14.28
	Distonía Aguda	1	1.58
	Disquinesia Tardía	18	28.57
	Parkinsonismo	15	23.80
	Ninguno	20	31.74

Fuente: Primaria

Tabla No.4. Frecuencia de diagnóstico según CIE10 en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del HJDFV en el período de Enero de 2014 a Diciembre de 2015.

Diagnóstico Psiquiátrico Según CIE – 10		
Trastorno Mental	No	%
Alzheimer	6	9.52
Esquizofrenia residual	9	14.28
Retardo Mental	18	28.57
Trastorno Afectivo Bipolar	2	3.17
Trastorno Afectivo orgánico	4	6.34
Trastorno de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunción.	8	12.69
Trastorno Esquizofrénico orgánico	6	9.52
Trastorno Orgánico de la Personalidad	10	18.57
Total	63	100

Fuente: Ficha de Recolección (Expediente clínico)

Tabla No.5. Distribución los antipsicóticos usados en los pacientes de los pabellones de larga estancia del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero de 2014 a Noviembre de 2015.

ANTIPSIKÓTICOS		
	No	%
Decanoato de Flufenacina	3	4.76
Clorpromazina	12	19.04
Haloperidol	23	36.50
Olanzapina	4	6.34
Risperidona	11	17.46
Negado	10	15.87
Total	63	100

Fuente: Ficha de Recolección (Expediente clínico)



Tabla.6. Distribución de los tipos de antipsicóticos según el sexo y procedencia en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.

Variables		Total: 63							
		Masculino		Femenino		Urbano		Rural	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	28 a 45a	8	12.69	4	6.34	14	22.22	5	7.93
	46 a 65a	10	15.87	6	9.52	20	31.74	8	12.69
	>66a	17	26.98	18	28.57	10	18.87	6	9.52
APP	Si	30	47.61	20	31.74	35	55.55	15	23.80
	No	5	7.93	8	12.69	9	14.28	4	6.34
Diagnóstico Mental	Alzheimer	1	1.58	5	7.93	4	6.34	2	3.17
	Esquizofrenia residual	6	9.52	3	4.76	5	7.93	4	6.34
	Retardo Mental	7	11.11	11	17.46	13	20.63	5	7.93
	Trastorno Afectivo Bipolar	0	0	2	3.17	1	1.58	1	1.58
	Trastorno Afectivo orgánico	1	1.58	3	4.76	1	1.58	3	4.76
	Trastorno de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunción.	6	9.52	2	3.17	7	11.11	1	1.58
	Trastorno Esquizofrénico orgánico	4	6.34	2	3.17	5	7.93	1	1.58
	Trastorno Orgánico de la Personalidad	7	11.11	3	4.76	8	12.69	2	3.17

Tabla No.7. Frecuencia del tratamiento farmacológico en los pacientes que usaron antipsicóticos ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.

Fármacos	Tratamiento Farmacológico					
	SI		NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Antipsicóticos	53	84.12	10	15.87	63	100
Benzodiacepinas	50	79.36	13	20.63	63	100
AINES	12	19.04	51	80.95	63	100
Anticomiciales	28	44.44	35	55.55	63	100
Hipoglicemiantes	8	12.69	55	87.30	63	100
Antihipertensivos	15	23.80	48	76.19	63	100
Otros	45	71.42	18	28.57	63	100
Fuente: Ficha de Recolección (Expediente clínico)						

Tabla No.8. Prescripción de los antipsicóticos orales según dosis en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.

Psicofármacos		Tratamiento antipsicótico					
		Intervalo de dosis					
		ID		BID		TID	
Tipo	Dosis	n	%	N	%	n	%
Clorpromacina	100mg	13	20.63	4	6.34	3	4.76
Haloperidol	5mg	12	19.04	8	12.69	3	4.76
Olanzapina	5mg	3	4.76	1	1.58	0	0
Risperidona	2mg	8	12.69	3	4.76	0	0
Tioridazina	100mg	14	22.22	6	9.52	1	1.58
Fuente: Ficha de Recolección (Expediente clínico)							

Tabla No.9. Duración del tratamiento antipsicótico en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.

Psicofármacos	Tratamiento antipsicótico					
	Duración de tratamiento					
	1 – 5 años		6 – 10 años		≥ 11 Años	
	n	%	N	%	n	%
Clorpromacina	18	32	23	36.50	8	12.69
Fuflenazina	3	6	14	22.22	18	28.57
Haloperidol	8	~ 16	16	25.39	20	31.74
Olanzapina	4	8	0	0	0	0
Risperidona	11	22	0	0	0	0
Tioridazida	1	2	10	15.8	17	26.98
Total	50	100	63	100	63	100

Fuente: Ficha de Recolección (Expediente clínico)

Tabla No.10. Presencia de reacciones adversas según el antipsicóticos en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.

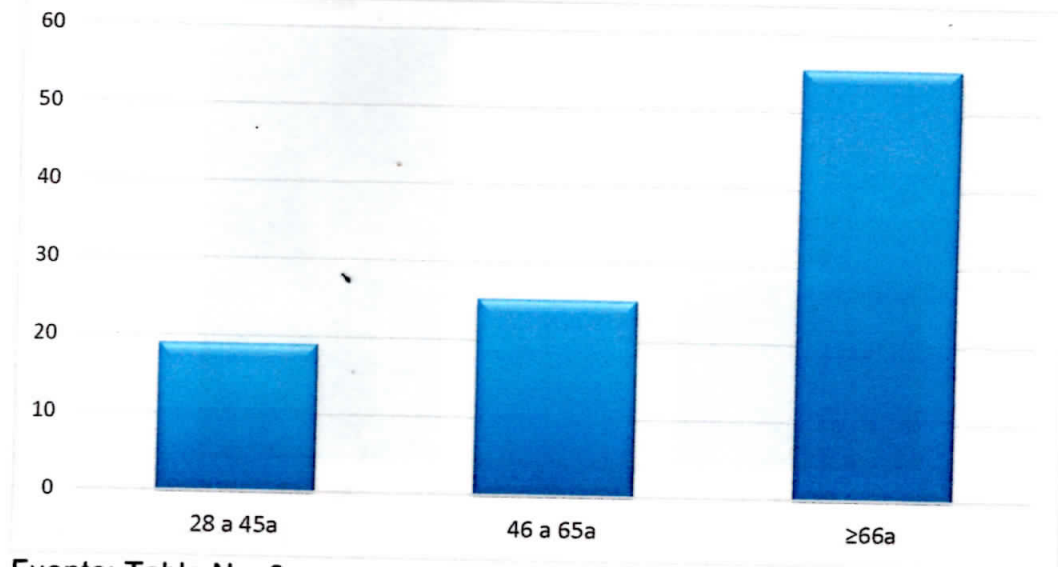
Psicofármacos	Reacciones Adversas							
	Acatisia		Distonía Aguda		Disquinesia Tardía		Parkinsonismo	
	n	%	n	%	n	%	N	%
D. Flufenazina	0	0	0	0	2	11.11	3	20
Clorpromacina	2	22.22	0	0	3	16.66	1	6.66
Haloperidol	6	66.66	1	100	8	44.44	7	46.66
Olanzapina	0	0	0	0	1	5.55	1	0
Risperidona	1	11.11	0	0	4	22.22	3	20
Total	9	100	1	100	18	100	15	100

Fuente: Ficha de Recolección (Expediente clínico)



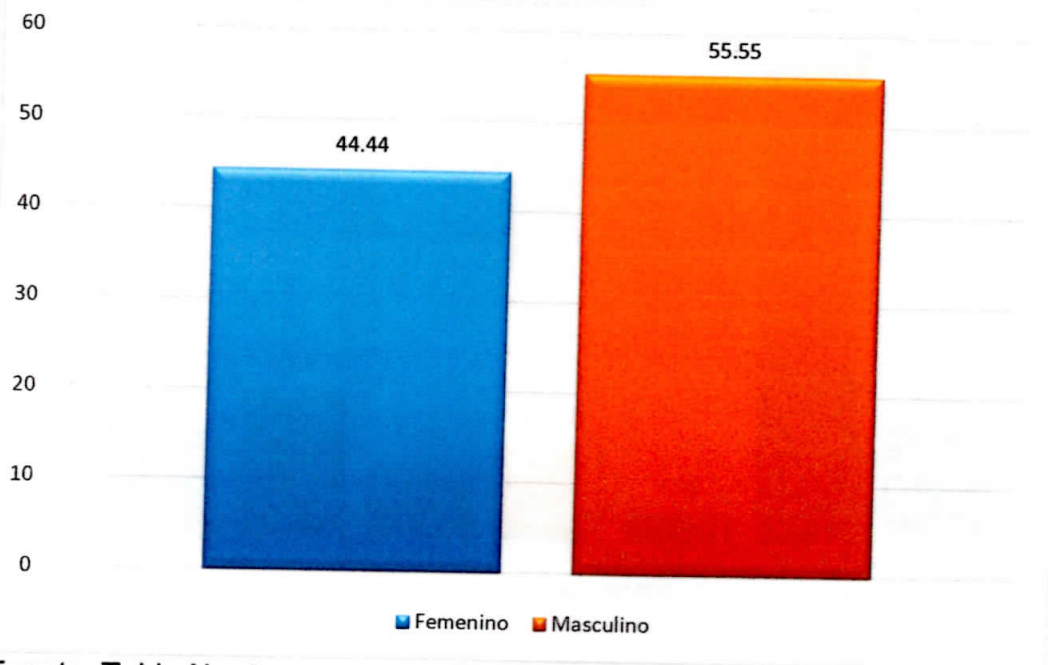
### ANEXO No. 3

Gráfico No.1. Distribución de los pacientes según grupo etario que usaron antipsicóticos en pabellones de larga estancia del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



Fuente: Tabla No. 3

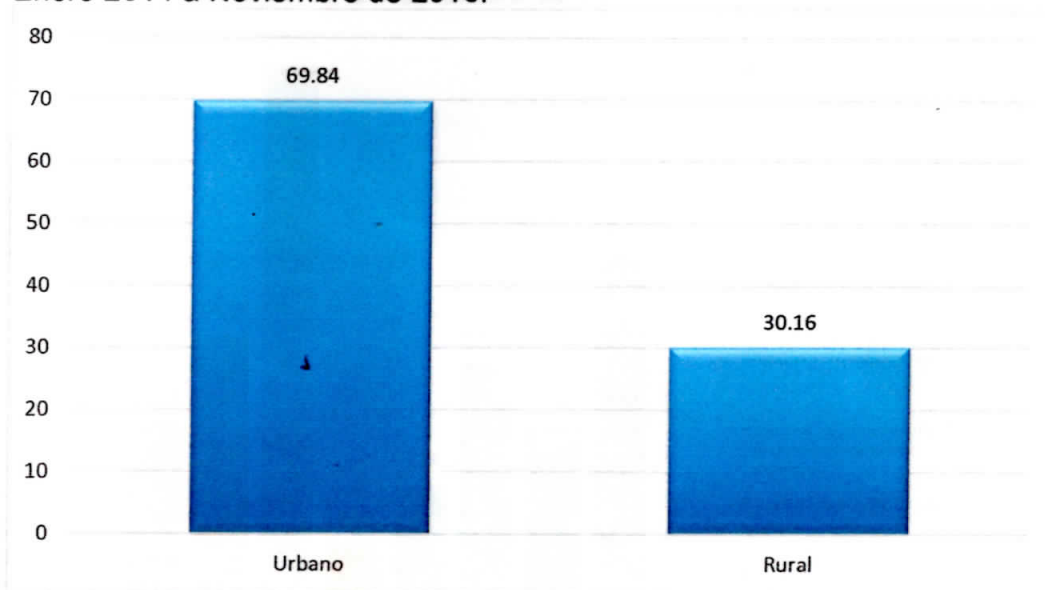
Gráfico No. 2. Distribución de los pacientes según género ingresados en los pabellones de larga estancia que usaron antipsicóticos del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



Fuente: Tabla No. 3

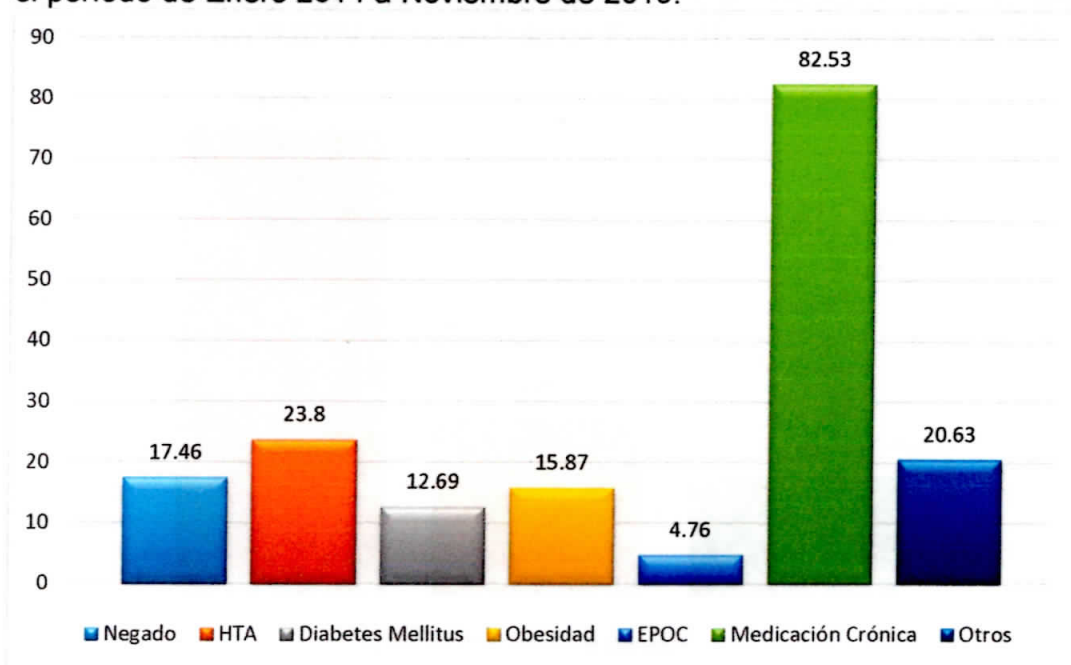


Gráfico No.3. Distribución la procedencia de los pacientes de los pabellones de larga estancia que usaron antipsicóticos del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



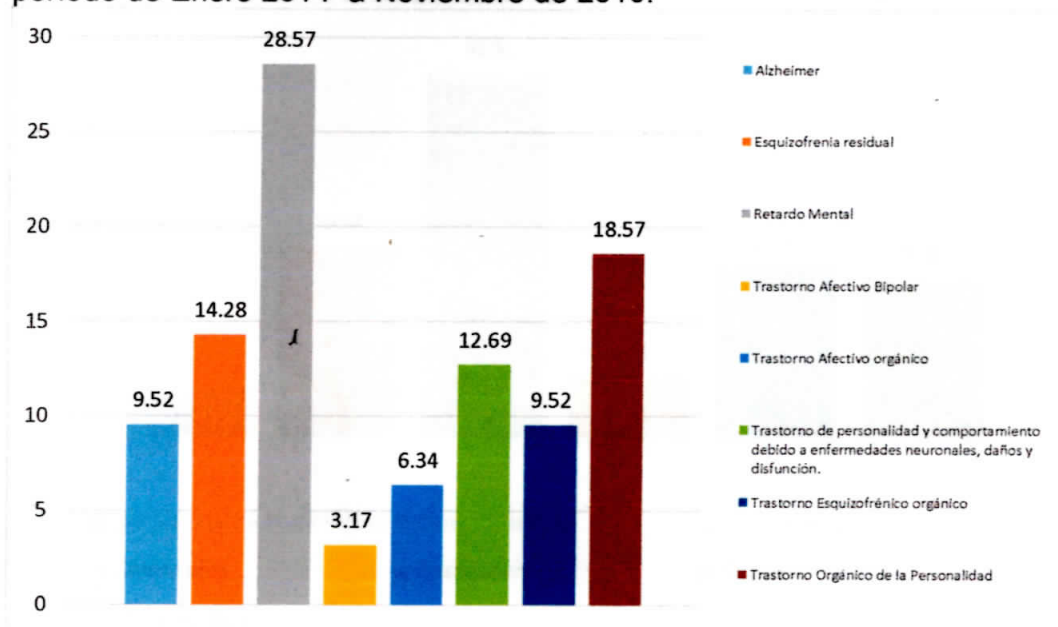
Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 4. Distribución de los antecedentes patológicos en los pacientes de los pabellones de larga estancia que usaron antipsicóticos del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



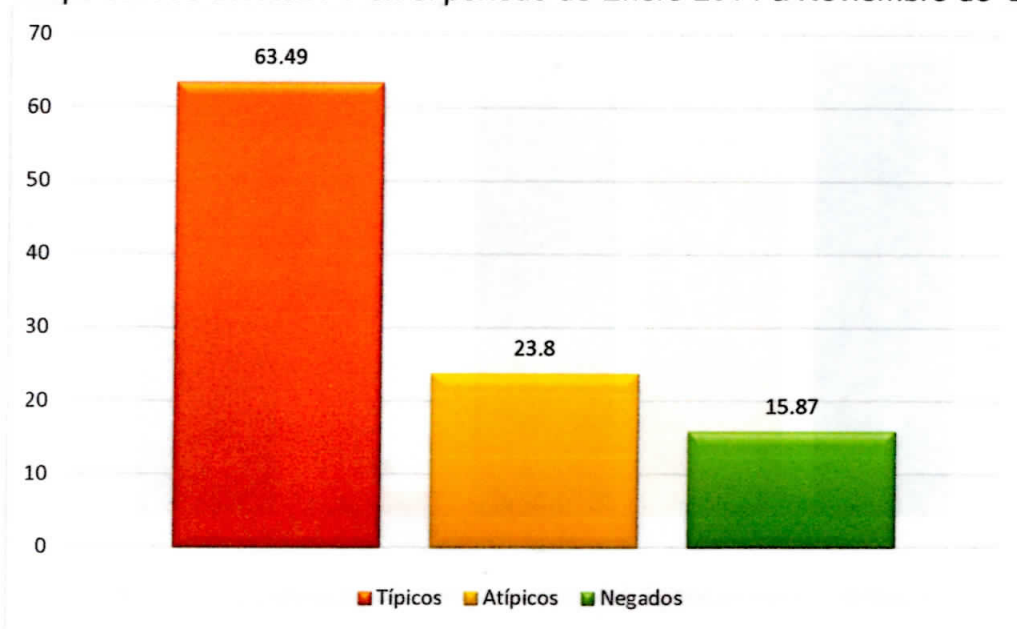
Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 5. Frecuencia de los trastornos mentales en los pacientes que usaron antipsicóticos de los pabellones de larga estancia del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



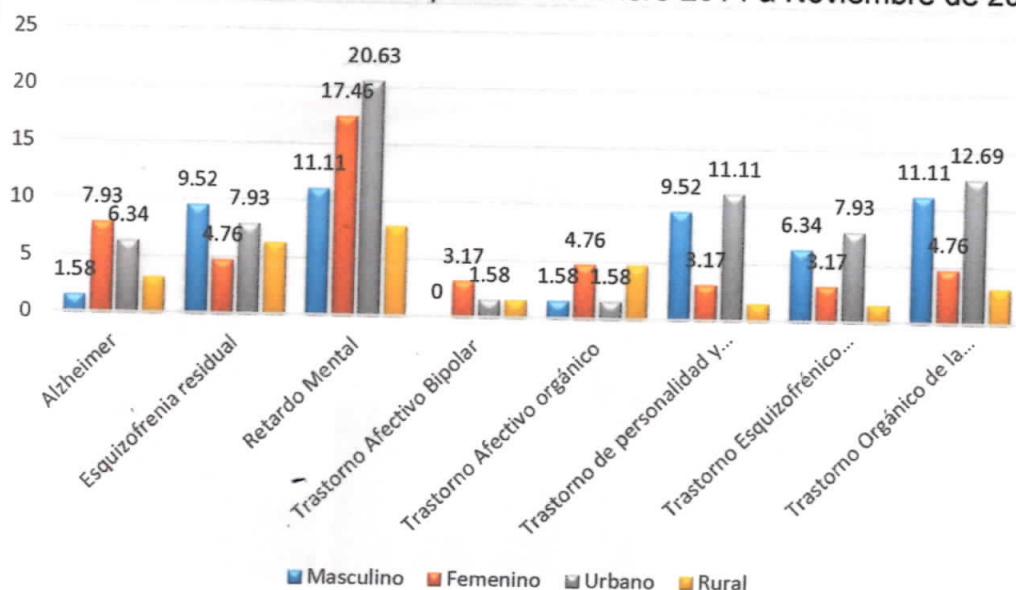
Fuente: Tabla No. 4

Gráfico No. 6. Distribución del consumo de antipsicóticos según clasificación en los pacientes de los pabellones de larga estancia que usaron antipsicóticos del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



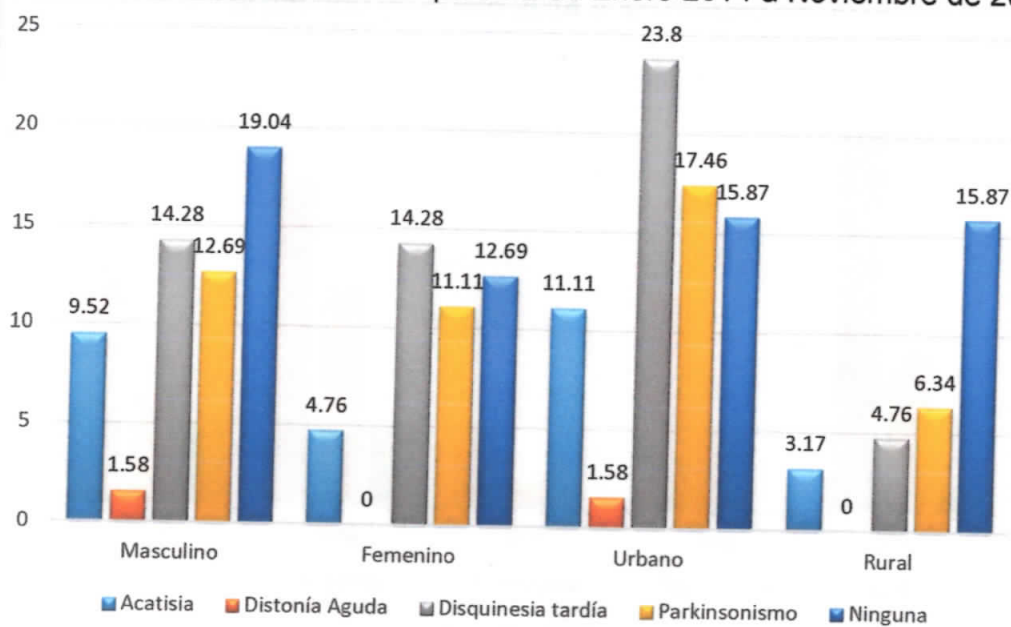
Fuente: No. 3

Gráfico No. 9. Frecuencia de los trastornos psiquiátricos según género y procedencia en los pacientes de los pabellones de larga estancia que usaron antipsicóticos del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



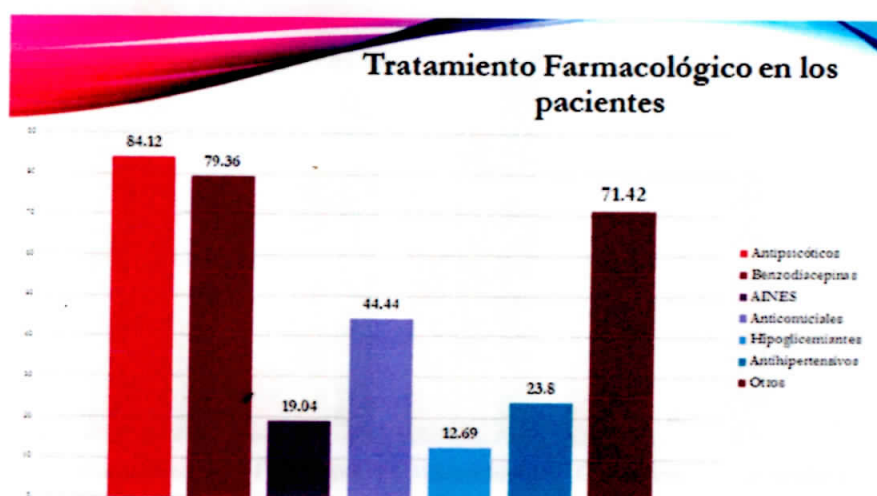
Fuente: Tabla No. 6

Gráfico No.10. Frecuencia de las reacciones adversas según género y procedencia en los pacientes de los pabellones de larga estancia que usaron antipsicóticos del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



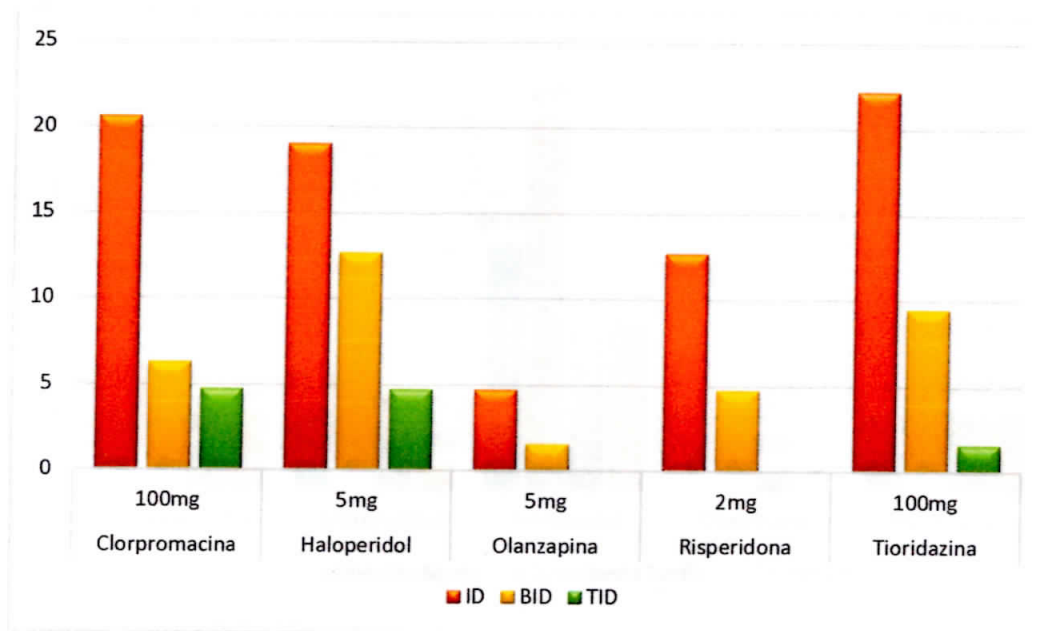
Fuente: Tabla No. 6

Gráfico No.11. Tratamiento farmacológico en los pacientes que usaron antipsicóticos ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



Fuente: Tabla No. 7

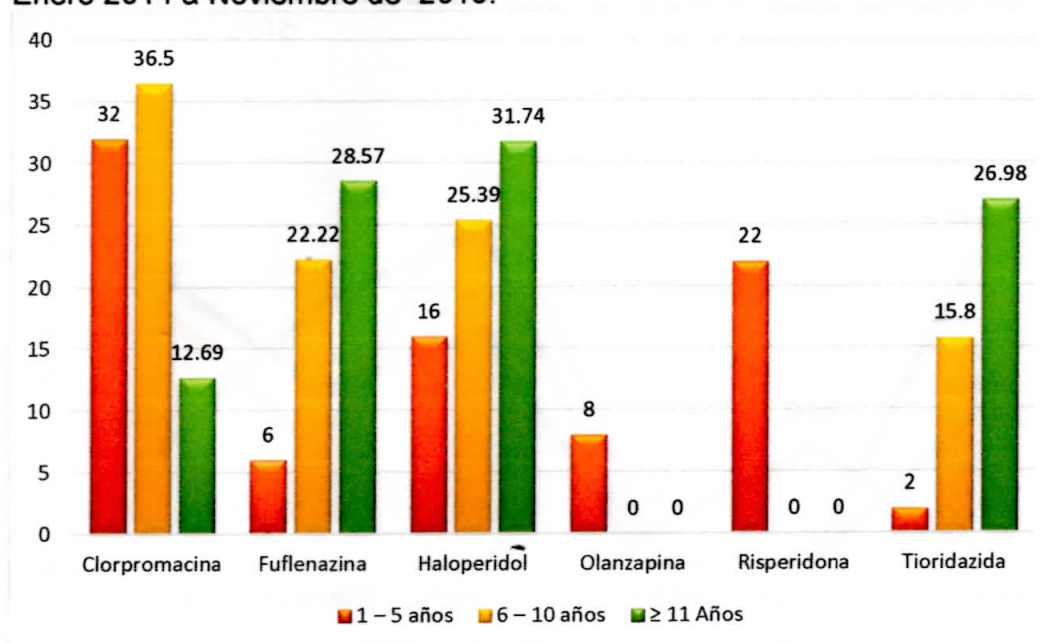
Gráficos No.12. Dosificación de antipsicóticos orales en los pacientes ingresados de los pabellones de larga estancia del Hospital "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



Fuente: Tabla No. 8 Prescripción de los antipsicóticos orales según dosis.

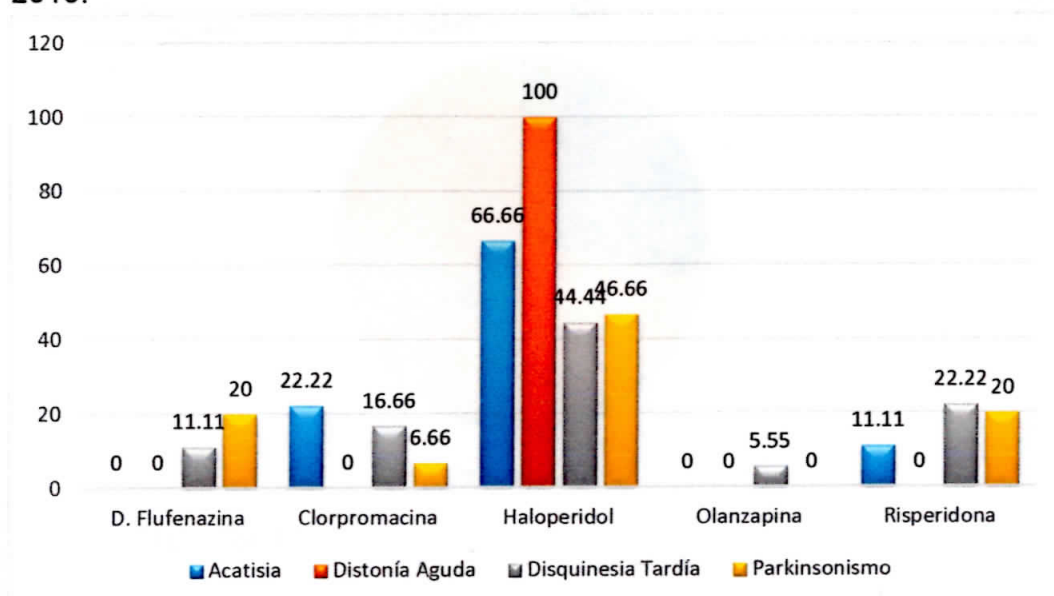


**Gráfico No.13. Duración de tratamiento antipsicóticos en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del HJDFV en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.**



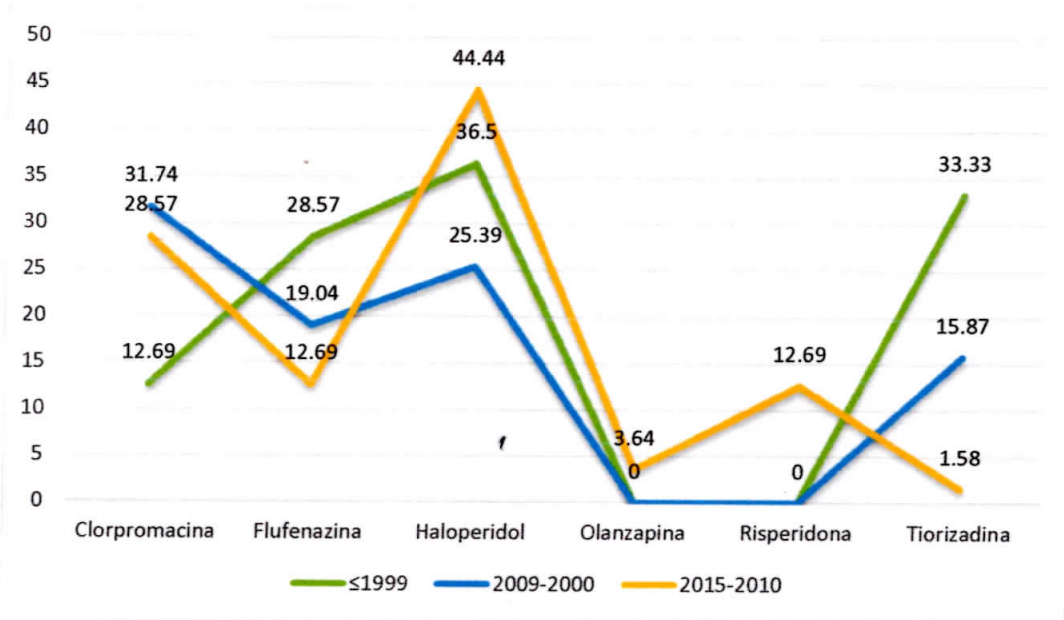
Fuente: Tabla No. 9

**Gráfico No. 14 Reacciones adversas según el antipsicóticos en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.**



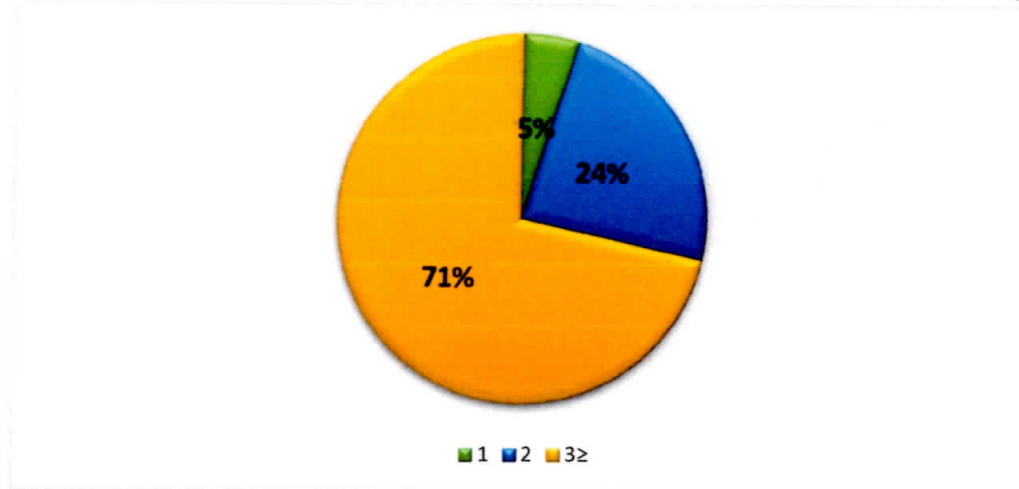
Fuente: Tabla No. 10

Gráfico No.15. Consumo de antipsicóticos según temporalidad en los pacientes ingresados de los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



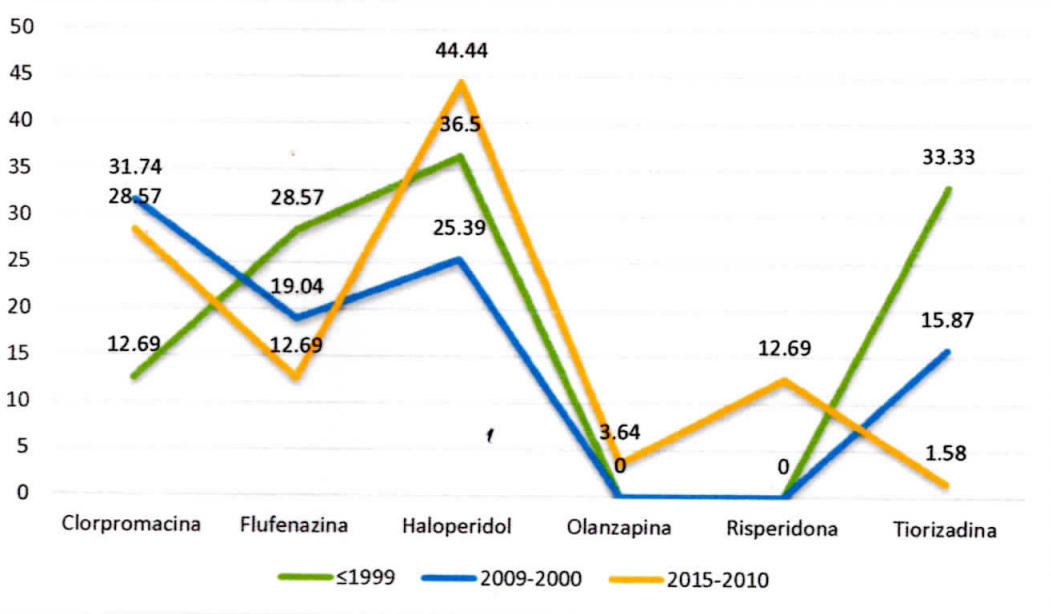
Fuente: Tabla No.10

Gráfico No. 16. Frecuencia de consumo según el número de antipsicóticos en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



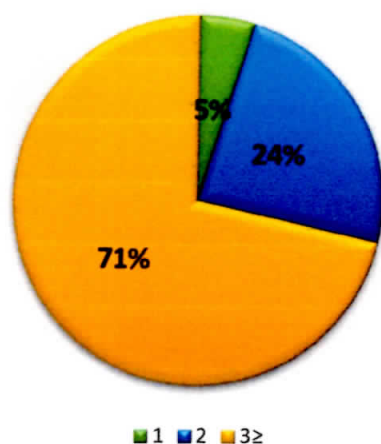
Fuente: Tabla No. 11

Gráfico No.15. Consumo de antipsicóticos según temporalidad en los pacientes ingresados de los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



Fuente: Tabla No.10

Gráfico No. 16. Frecuencia de consumo según el número de antipsicóticos en los pacientes ingresados en los pabellones de larga estancia del Hospital Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" en el período de Enero 2014 a Noviembre de 2015.



Fuente: Tabla No. 11